FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BORIS GORENSKY

Né le 28 Octobre 1901, à Kiew (Russie)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA

Marche des Accidents d'Évolution

DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

Président : M. LECÈNE, *professeur*

SOCIÉTÉ RÉGIONALE D'IMPRIMERIE ET DE PUBLICITÉ
IMPRIMERIES MAURICE DORMANN ET CERF RÉUNIES
16, RUE SAINT-MARS, ETAMPES (S.-ET-O.)

1926

Le Doyen : M. ROGER.

I. PROFESSEURS

	MM.
atomie	NICOLAS.
atomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
ysiologie	ROGER.
ysique médicale	STROHL.
imie organique et Chimie générale	DESGREZ.
ctériologie	LERMERIE.
rasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
hologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
hologie médicale	SICARD.
hologie chirurgicale	LECÈNE.
atomie pathologique	ROUSSY.
stologie	PRENANT.
armacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
érapeutique	CARNOT.
giène	Léon BERNARD.
decine légale	BALTHAZARD.
stoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
thologie expérimentale et comparée	RATHERY.
nique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
giène et Clinique de la première enfance	MARFAN.
nique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
nique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
nique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
nique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
nique des maladies infectieuses	TEISSIER.
nique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
nique ophtalmologique	TERRIEN.
nique urologique	LEGUEU.
nique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
nique gynécologique	J.-L. FAURE.
nique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
nique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
nique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
nique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
nique propédeutique	SERGENT.
ofesseur sans chaire	ROUVIÈRE.
— —	BRANCA.

II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimente.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYRUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique
LARDENNOIS	Pathologie chirurg
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngo
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mental
LIAN	Pathologie médica
MATHIEU	Pathologie chirurg
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurg
MONDOR	Pathologie chirurg
MOURE	Pathologie chirurg
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médica
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médica
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médica

III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

M. GOUGEROT.. Pathologie médicale. || M. GUÉNIOT ..... Obstétrique.
M. RETTERER.. Histologie.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
VRAY	Clinique chirurgicale.
EVASSU.....	Clinique chirurgicale.
EL-LAVASTINE.....	Clinique médicale.
REBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. -- CHARGÉS DE COURS

. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans issertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs au- et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/quelquesconsider0020vari

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Dont la haute conscience et le vaste savoir nous laissent un exemple dont nous nous efforcerons de nous rendre digne.

A MA CHÈRE MÈRE

Je dédie cette thèse en témoignage de ma reconnaissance et de mon affection profondes.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de Pathologie chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Témoignage de notre gratitude pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO

Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour le bienveillant accueil que nous avons trouvé auprès de lui.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHOMPRET

Chef des Travaux pratiques de Stomatologie à la Faculté de Médecine
Stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

De qui nous tenons l'inspiration de ce travail. En l'assurant de nos sentiments respectueux et de notre profonde reconnaissance pour la confiance qu'il nous a témoignée, le bienveillant accueil et les conseils éclairés que nous avons toujours trouvés auprès de lui.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR COUSTAING

Stomatologiste des Hôpitaux
Professeur à l'Ecole Française de Stomatologie
Officier de la Légion d'Honneur

Hommage de notre vive reconnaissance pour le bienveillant accueil que nous avons trouvé auprès de lui, ses conseils éclairés, sa bienveillante sympathie.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PONROY

Chef du Service de Prothèse Maxillo-Faciale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Auprès de qui nous avons toujours trouvé l'accueil le plus bienveillant et les conseils d'un ami. En le priant d'accepter le témoignage de notre bien vive gratitude et de notre profond dévouement.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

LACRONIQUE, L'HIRONDEL, IZARD, Charles RUPPE

Stomatologistes des Hôpitaux

Qui nous ont prodigué les conseils les plus éclairés et témoigné leur bienveillante attention au cours de nos études stomatologiques.

Qu'ils veuillent bien trouver ici le témoignage de nos sentiments de sincère reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE STOMATOLOGIE

A MESSIEURS LES DOCTEURS PSAUME
et BOUTROUX

INTRODUCTION

Les « accidents de dent de sagesse », chapitre si important de la pathologie bucco-dentaire, ont attiré de tout temps l'attention des cliniciens. Au cours des cinquante dernières années, ils ont été, peut-on dire, constamment à l'ordre du jour et ont fait l'objet de nombreux et importants travaux tant de la part des cliniciens que des anatomistes sur leur étiologie et le mécanisme de leur production.

Frappés par le moindre développement indiscutable du maxillaire inférieur chez l'homme civilisé et par le fait que la dent était presque toujours intacte au cours des accidents mêmes graves, les premiers auteurs attribuèrent la genèse des accidents « au manque de place » et à l'irritation mécanique des tissus. C'est Redier, de Lille, qui, le premier, proclama le rôle prépondérant de l'infection dans les accidents de dent de sagesse. La thèse de Cornudet qu'il a inspirée est un plaidoyer ardent en faveur de cette théorie et apporte un grand nombre de cas où le manque de place ne peut être invoqué par suite de l'absence de la deuxième molaire.

Enfin les travaux remarquables de clarté et de sens clinique de Capdepont et de Fargin-Fayolle, battant définitivement en brèche la théorie du manque de place encore soutenue jusqu'alors par la plupart des auteurs, établissent d'une façon magistrale le rôle de l'infection buccale comme cause unique et constante des accidents en montrant son mécanisme dans tous les cas par l'infection du sac péricoronaire. Il n'y a rien à reprendre dans cette étude et la doctrine paraît définitivement établie sur ce point. Par contre, les idées sont loin d'être aussi claires et aussi précises en ce qui concerne leur étude clinique.

A la lecture des ouvrages classiques cette étude apparaît d'une extraordinaire complexité et les accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse semblent la source d'un nombre incalculable d'affections.

Les classiques divisent les accidents en accidents superficiels ou muqueux d'une part, localisés au capuchon, en général bénins, pouvant cependant se compliquer de stomatite ulcéro-membraneuse ou de lymphangite avec adénite ou adéno-phlegmon sous-maxillaire, et d'autre part en accidents profonds osseux graves auxquels est réservée la place d'honneur dans leur description. Ceux-ci relativement fréquents d'après les auteurs, résultent de la propagation directe à l'os de l'infection des tissus mous et parfois pour certains de la carie de la dent de sagesse encore située dans la profondeur des tissus. L'infection osseuse, si on n'intervient pas d'urgence, aboutit à des complications graves, nécrose de l'angle de la mâchoire, pouvant s'étendre à la branche horizontale et à la branche montante avec élimination de séquestres, fusée purulente, par le canal dentaire inférieur, angine de Ludwig, accidents septiques à distance, etc...

Plus récemment, le Professeur Sebileau et son école rangent également les accidents profonds dans la classe des ostéo-phlegmons fréquents au cours de l'éruption de la dent. C'est là également, croyons-nous, l'opinion à laquelle se sont rangés à l'heure actuelle la plupart des cliniciens. Notre maître, le Docteur Chompret, a repris cette étude, et l'examen approfondi d'un grand nombre de cas d'accidents de dent de sagesse l'a conduit à des conclusions totalement différentes. Pour lui les accidents infectieux muqueux à leur origine restent localisés aux tissus mous à toutes les étapes de leur évolution, l'os n'étant jamais intéressé. Depuis plus de deux ans que nous avons l'honneur de suivre son service à l'hôpital Saint-Louis et de bénéficier de son enseignement clinique si clair et si imbu de rigueur médicale, il nous a été donné d'observer un grand nombre de malades atteints d'accidents de dent de sagesse, et c'est avec une conviction profonde que nous partageons les idées de notre maître, sur ce sujet.

Parmi tous les cas que nous avons examinés depuis un

an, nous n'avons jamais rencontré un seul cas d'infection osseuse due à l'éruption de la dent.

Les seuls accidents osseux dus à la dent de sagesse qu'il nous a été donné d'observer étaient consécutifs à une carie avec gangrène pulpaire de la dent ayant achevé son éruption. Certains auteurs les considèrent comme des accidents de la dent de sagesse. En réalité, ils rentrent dans le cadre de l'ostéo-périostite d'origine dentaire aboutissant à l'ostéo-phlegmon de Sebileau. La carie dentaire en est la cause et nous verrons plus loin que celle-ci n'a aucun rapport avec l'éruption de la dent.

Ainsi que le dit Capdepont, « il faut se garder de donner « le nom d'accident de dent de sagesse à toutes les anoma- « lies, soit de forme, soit de siège, soit de structure, à toutes « les lésions enfin que l'on peut observer sur la troisième « molaire ».

« On doit entendre par accident de dent de sagesse ceux « qui sont liés à l'évolution de la troisième molaire, celle-ci « étant saine et sans lésions, ou du moins s'il y a lésion sans « que ces dernières puissent avoir une valeur causale dans « la genèse des accidents ».

Après un rapide exposé clinique de la question telle que la conçoivent les classiques, nous montrerons quels sont les points qui sont à reprendre, à notre avis, à l'étude clinique des accidents de dent de sagesse.

Nous essaierons ensuite de démontrer comment la pathogénie, l'étude de la marche des accidents vient éclairer et justifier notre point de vue.

Nous espérons que ce travail sera le reflet aussi exact que possible de l'enseignement de notre maître et nous tenons à lui exprimer notre gratitude pour la confiance qu'il nous a témoignée en nous autorisant à le présenter et la bienveillante sympathie avec laquelle il nous a toujours guidé dans nos études stomatologiques.

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ CLINIQUE DES ACCIDENTS D'ÉVOLUTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

Les accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse ont suscité de nombreux travaux. Tout semble avoir été dit.

Cependant nous avons l'audace de penser après, toutefois, notre maître, M. Chompret, que certains côtés de la question peuvent et doivent être repris, principalement l'étiologie et la pathogénie des accidents, et partant, leur classification clinique.

Pour les classiques, au point de vue de clinique, il existe deux sortes d'accidents d'éruption de dent de sagesse.

Les accidents superficiels ou muqueux.

Les accidents profonds ou osseux.

Accidents superficiels

Ceux-ci sont constitués par des poussées inflammatoires, de petits abcès localisés au capuchon muqueux qui recouvre plus ou moins la couronne de la dent.

Du capuchon muqueux, l'infection peut se propager aux tissus voisins.

Elle peut être le point de départ de la stomatite ulcéro-membraneuse et de l'angine de Vincent. Celle-ci est alors unilatérale.

Elle peut s'étendre aux tissus cellulaires environnants et, notamment, au pilier antérieur de l'amygdale, donnant lieu au phlegmon périamygdalien.

Des tissus mous, l'infection peut également se propager par voie lymphatique et aboutir à l'adénite sous ou retro-

angulo-maxillaire et aux complications de celle-ci : périadénite et adéno-phlegmon.

Il n'y a rien à reprendre sur ces faits, aussi ne nous étendrons-nous pas à leur sujet.

Accidents profonds

Les accidents profonds, osseux, résultent de la propagation directe de l'infection du sac péri-coronaire vers la profondeur atteignant l'articulation alvéolo-dentaire.

La description clinique du malade atteint d'accident osseux au niveau de la dent de sagesse est classique.

Le malade a un faciès crispé, trahissant la souffrance et l'angoisse.

De sa main, il protège une volumineuse tuméfaction, qui attire l'attention dès le premier regard. Elle siège à la région sous-maxillaire, sous et rétro-angulaire. Un œdème inflammatoire étendu est fréquent au niveau de la tuméfaction et dans les territoires voisins, mais ce qui le caractérise, c'est son siège au cou, dans la région sus-hyoïdienne latérale.

Le sillon vestibulaire le plus souvent est complètement libre. La palpation de la tuméfaction est douloureuse.

C'est au niveau de *l'angle* surtout que cette douleur est marquée et le moindre contact intolérable. Parfois, on observe de l'anesthésie dans le territoire du dentaire inférieur.

Les douleurs spontanées sont vives, irradiées vers l'oreille, la branche horizontale ; gravatives, lancinantes, elles s'exagèrent encore la nuit, rendant tout sommeil impossible.

La dysphagie est parfois marquée.

Un trismus serré immobilise les mâchoires, rendant la mastication impossible.

La parole est gênée. Une salive abondante s'écoule par les lèvres entr'ouvertes. L'état général est presque toujours profondément atteint ; la température oscille entre 38° et 40° degrés.

Telle est la conception des auteurs classiques.

Plus récemment, MM. Chompret et L'hirondel ont eu le mérite d'isoler et de décrire en 1924 un accident muqueux qu'il faut bien connaître et savoir différencier de l'accident que nous venons de décrire, avec lequel il y a de nombreux points communs. C'est l'abcès migrateur du vestibule inférieur, ou abcès buccinato-maxillaire.

A la suite d'une poussée inflammatoire plus marquée au niveau du capuchon, ou pendant une période de calme apparent, des douleurs vives éclatent brusquement au niveau de la dent de sagesse.

Elles s'irradient vers l'oreille, plus rarement vers le maxillaire et les dents.

En même temps, le malade s'aperçoit que sa joue grossit et devient le siège de douleurs.

Un *trismus* marqué s'installe rapidement. En deux ou trois jours, rarement plus, l'affection atteint sa période d'état.

Souvent, c'est en une nuit que la tuméfaction atteint son volume définitif.

Période d'état. — Ce qui frappe dès le premier coup d'œil, c'est la tuméfaction.

Celle-ci souvent volumineuse varie de la dimension d'une petite mandarine à celle d'une grosse orange.

Elle soulève la joue à la partie moyenne de la face externe du maxillaire inférieur à mi-distance de l'angle et du menton, et est toujours située *au-dessus du rebord basilaire* qu'elle ne *dépasse jamais.*

En avant, elle ne dépasse pas la commissure des lèvres, au niveau desquelles elle semble comme bridée par un plan vertical. En arrière elle s'étend, en général, jusqu'au bord antérieur de la branche montante.

La peau, au niveau de la tuméfaction, conserve en général sa couleur normale, rarement elle est rosée.

La région sous-maxillaire est libre.

La palpation du rebord basilaire et de *l'angle*, point extrêmement important, ne réveille aucune douleur.

On ne trouve, en général, pas de ganglions.

Examen endobuccal. — Il est rendu difficile par le trismus, qui, moins marqué que dans l'ostéo-phlegmon, limite l'écartement des mâchoires à un travers de doigt. Le ves-

tibule est le siège d'une tuméfaction qui occupe surtout sa partie jugale.

Elle a la forme d'une massue et s'étend des prémolaires où se trouve le maximum de voussure au capuchon de la dent de sagesse. Celui-ci recouvre plus ou moins la face triturante de la dent.

Il est rouge, tuméfié, et très douloureux au toucher. *La pression* exercée sur la *tuméfaction* est également douloureuse et *fait sourdre du pus sous le capuchon.* Ce signe est *pathognomonique* de l'abcès migrateur. Le plancher buccal est libre. Les mouvements de la langue se font facilement. L'examen des dents situées en regard de la collection : prémolaires et première molaire *les montre saines.* Elles ne présentent pas d'arthrite, sont indolores à la percussion.

La dent de sagesse est insensible au choc. La région alvéolo-maxillaire, en face de la tuméfaction, à la face interne du maxillaire, est indolore.

L'état général est souvent atteint, le malade est fébrile, la température voisine 38°.

L'alimentation est pénible, par suite du trismus et de la douleur qu'elle provoque.

Au lieu de fuser à la face externe, comme nous venons de le voir dans l'abcès migrateur du vestibule, le pus peut décoller la face interne de la branche montante au-dessus de la ligne oblique interne sur laquelle s'insère le mylo-hyoïdien.

C'est en quelque sorte un abcès migrateur de la face linguale. Nous en apportons deux observations dues à l'obligeance de M. le Docteur Charles Ruppe.

En résumé, ce qui frappe donc dans ces deux tableaux cliniques, répondant à des lésions aussi différentes, c'est l'existence dans l'un et l'autre cas, de nombreux signes communs, sauf ceux découlant du siège de la collection et la douleur provoquée au niveau de l'angle.

Diagnostic

De cette constatation clinique résulte un diagnostic facile.

L'abcès migrateur buccinato-maxillaire c'est la collec-

tion qui soulève la joue à la face externe de la mandibule. C'est l'abcès dans lequel *l'angle est indolore à la pression.*

C'est l'abcès situé en regard des molaires et prémolaires saines, et dont la pression à ce niveau fait sourdre le pus sous le capuchon de la dent de sagesse.

C'est l'abcès dans lequel la radio montre l'absence de toute lésion dentaire ou osseuse.

L'accident osseux, au contraire :

C'est la collection adhérente à la face interne de la mandibule, et siégeant dans la région sus-hyoïdienne latérale.

C'est la collection, dans laquelle *l'angle est douloureux* à la pression. Ce signe très important permet à lui seul d'affirmer le diagnostic d'accident osseux, au niveau de la dent de sagesse.

La radiographie confirme le diagnostic et montre une zone de raréfaction osseuse péri-apicale.

L'adéno-phlegmon succède toujours à une adénite, douloureuse, dont le malade a constaté la présence. L'évolution est lente, il n'y a pas de trismus.

Le phlegmon péri-amygdalien est caractérisé par une dysphagie atroce, avec trismus marqué, l'absence de signes osseux et de collection au voisinage de l'os.

Le pilier est le siège d'une volumineuse tuméfaction.

Le diagnostic de la stomatite ulcéro-membraneuse et de l'angine de Vincent est facile et la présence d'un capuchon enflammé au-dessus de la dent de sagesse, jointe à l'unilatéralité des lésions lorsque, comme c'est le cas le plus fréquent, une seule dent fait son éruption, permet de les rattacher à leur cause.

Complications

La différence entre l'abcès migrateur et l'accident osseux se poursuit jusque dans leurs complications.

Abandonné à lui-même l'accident osseux s'abcède soit dans la bouche, soit à la peau de la région sous-angulo-maxillaire.

Des complications graves surviennent : nécrose étendue du rebord alvéolaire et même du corps ou de l'angle du maxillaire, phlegmons profonds du cou.

Enfin des complications particulièrement graves : arthrite

suppurée temporo-maxillaire, septicémie lympho ou phlébo-phlegmoneuse, avec propagation aux sinus crâniens, se terminant par la mort, plus fréquentes qu'on ne croit, ont été observées.

Toutes autres sont les complications que l'on observe au cours de l'accident superficiel.

Abandonné à lui-même, l'abcès migrateur peut donner lieu à des phénomènes infectieux, mais il s'ouvre, en général, spontanément à la muqueuse gingivale. Le pus s'évacue et tout rentre dans l'ordre momentanément. L'abcès se reconstitue et les accidents reparaissent souvent au bout d'un temps variable.

Moins fréquemment, la fistulisation peut se faire à la peau de la joue, laissant après elle une cicatrice indélébile. Parfois on peut observer une véritable forme chronique à répétition de l'abcès migrateur.

Dans un cas, nous avons vu l'affection évoluer sous forme de cellulite phlegmoneuse, et s'étendre au tissu cellulaire de la joue et de la région sous-orbitaire, donnant lieu à un véritable phlegmon ligneux (observation XIV).

Enfin, dans un cas particulièrement sévère, rapporté par le Docteur Gornouec, la nécrose de la table externe de l'os a pu se produire au contact de la collection.

CRITIQUE DE LA DOCTRINE CLASSIQUE

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE DES ACCIDENTS

Si nous avons été jusqu'ici d'accord avec les classiques sur la description clinique des accidents profonds, il n'en sera plus de même quand nous étudierons leurs causes.

Nous avons vu que les classiques admettent la propagation de l'infection du sac péricoronaire par continuité, directement à l'articulation alvéolo-dentaire, aboutissant à l'arthrite mono-apicale suppurée, et à ses complications osseuses.

Cette conception nous paraît être une erreur et ne pas correspondre aux faits observés en clinique.

Avec notre maître, M. Chompret, nous affirmons au contraire, que c'est *toujours* et *uniquement* à la pulpite gangréneuse consécutive à la dentinite qu'est due la mono-arthrite apicale qui déclenche toute la série des accidents osseux. C'est par voie pulpo-radiculaire que se propage l'infection. La péricoronarite seule, à notre avis, est incapable de se compliquer d'accidents osseux.

Et ceci n'est pas une vue de l'esprit, mais est établi par l'examen des faits et les observations que nous apportons à l'appui de notre opinion. C'est dans le service de M. Chompret, que nous avons pu observer un grand nombre d'accidents de dent de sagesse. De plus, les accidents osseux graves cervico-faciaux étant souvent dirigés dans les services d'oto-rhino-laryngologie, nous avons également pu faire ces observations par l'examen des faits recueillis de 1923 à 1926, dans le service d'oto-rhino-laryngologie du Docteur Lemaître, à l'Hôpital Saint-Louis, et obligeamment mises à notre disposition par le Docteur Charles

Ruppe. Le champ et la durée de nos investigations nous paraissent donc amplement suffisants pour pouvoir en tirer des conclusions irréfutables.

Chaque fois que nous nous sommes trouvés en présence d'un ostéo-phlegmon sous-angulaire, nous avons constaté la présence d'une dent de sagesse cariée à pulpe morte et gangrenée.

Il s'agissait, d'ailleurs, de dents ayant achevé leur évolution, et au niveau desquelles il n'y avait pas de capuchon.

Dans un cas (observation XX) l'infection survint par voie alvéolaire. Il s'agissait d'une dent de sagesse isolée, évoluée depuis longtemps chez une femme de 57 ans, avec résorption osseuse et ligamentaire traumatique et pulpite « *a retro* ».

Nous pouvons donc dire que tous les cas d'accidents osseux relèvent d'accidents banaux, d'origine dentaire, comme on en voit au niveau de toutes les dents et sans rapports aucuns avec l'éruption de la dent de sagesse.

Dans tous les cas, même graves au contraire où nous nous sommes trouvé en présence d'accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse et avec présence d'un capuchon muqueux infecté, *la dent était saine.*

Cette constatation avait d'ailleurs déjà frappé les anciens auteurs et on la trouve signalée dans leurs observations.

Nous l'avons toujours trouvée dans les nombreux cas que nous avons pu observer. Nous en publions dix-huit observations. Nous devons dire, d'ailleurs, que si nous voulions publier celles de tous les cas que nous avons observés personnellement, c'est un chiffre beaucoup plus élevé que nous pourrions apporter.

Enfin, les malades que nous avons observés présentaient tous un abcès buccinato-maxillaire, pouvant en imposer à un observateur inaverti pour un accident osseux. Nous avons plusieurs fois été témoin de cette erreur et nous croyons que beaucoup de ces accidents cellulaires méconnus avant la description de MM. Chompret et L'hirondel (1924) étaient étiquetés *accidents osseux.*

Nous ne connaissons que deux cas, où le pus ait fusé le long de la table interne de la branche horizontale. L'abcès

buccinato-maxillaire est au contraire d'observation courante.

Dans tous les cas, *le ligament était intact.* La dent, en effet, tenait toujours solidement à l'alvéole ; elle n'était pas douloureuse à la percussion.

La radio enfin est toujours venue nous confirmer l'absence de lésions osseuses.

Dans deux observations (XIV et XV) l'infection était particulièrement virulente, l'état général profondément atteint.

La première a trait à un abcès migrateur datant de plus de quinze jours, et arrivé, quand nous le vîmes, au stade de cellulite phlegmoneuse.

La dent était saine, indolore à la percussion, et tenait solidement à l'alvéole. La radio montrait d'ailleurs un interligne alvéolo-dentaire normal.

Dans l'observation du Docteur Gornouec, malgré la gravité particulière de l'infection, la dent qui était saine possédait également un ligament intact et tenait solidement.

Ce qui le prouve, en l'absence de la radiographie qui ne fut pas faite avant l'extraction, vu l'urgence, c'est qu'une syndesmotomie énergique et complète et des manœuvres opératoires énergiques furent, en effet, nécessaires pour extraire la dent.

Ce n'est que secondairement que survinrent des accidents osseux.

Nous voyons donc, en résumé, que les accidents osseux ne s'observent que consécutivement à la gangrène pulpaire de la dent, par dentinite. Celle-ci ne s'observe pas (ou alors c'est une exception bien rare et pas plus que notre Maître nous n'en avons rencontré) sur les dents ayant provoqué des accidents d'éruption.

La péricoronarite, stade initial de tout accident d'éruption de la dent de sagesse, ne se propage pas à l'os par voie ligamentaire.

Nous pouvons donc dire qu'il n'y a pas d'accidents osseux liés à l'éruption de la dent.

Le nom « d'accident de dent de sagesse », s'applique à l'accident de dentition, à l'accident lié à l'éruption de la dent. On ne doit pas l'étendre à toutes les autres lésions

banales que peut présenter la troisième molaire, au même titre que n'importe quelle autre dent.

L'accident osseux consécutif à la carie, dont on ne peut nier l'exceptionnelle gravité, doit donc être supprimé du cadre nosologique des « accidents de dent de sagesse ». Sa place est aux complications de la carie.

Ces faits, d'ailleurs, ne doivent nullement surprendre-et si l'on étudie la pathogénie, la marche de l'infection conditionnée par les données anatomiques et embryogéniques, on voit alors qu'il doit en être ainsi et qu'elles éclairent et expliquent clairement les constatations cliniques.

CHAPITRE III

APERÇU ANATOMIQUE

La pathogénie des accidents de dent de sagesse s'éclaire à la lumière des données anatomiques qui conditionnent la propagation de l'infection aux tissus voisins.

Pour comprendre son mécanisme trois points sont indispensables à bien connaître :

1° L'obliquité de la dent ;

2° La constitution du sac péricoronaire ;

3° Les rapports du sac péricoronaire avec les tissus voisins.

1° L'obliquité de la dent

Le bourgeon épithélial de la 3e molaire né du cordon épithélial de la deuxième s'enfonce obliquement en bas et en arrière vers l'angle de la mandibule ; la deuxième molaire constituant en quelque sorte enbryologiquement la dent de lait de la dent de sagesse, celle-ci étant primitivement destinée à lui succéder. Ce fait explique l'obliquité habituelle et normale en avant et en haut du follicule et, par conséquent, de la couronne de la dent. C'est d'ailleurs ce que permettent de constater des radiographies de l'angle du maxillaire vers l'âge de 12 ans, époque où la couronne de la dent de sagesse est complètement calcifiée et opaque aux rayons. (Fig. 1.) La couronne va donc progresser suivant une direction oblique d'arrière en avant et de bas en haut et entrer en contact à un moment donné avec la dent de douze ans, immédiatement en avant d'elle. Reportons-nous, d'ailleurs, à la description magistrale de Capdepont.

« Lorsque la dent de sagesse vient heurter la deuxième molaire le contact peut s'établir à des hauteurs différentes. Si la dent est horizontale, elle ne pourra se redresser et

restera incluse. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent ordinairement. D'habitude elle glisse en se redressant sur la face postérieure de la couronne de la dent de douze ans. Elle peut, du reste, dans ce mouvement, dévier en dedans ou en dehors. Comme le point de formation radi-

Fig. I. — Maxillaire d'une enfant de 13 ans.
La radiographie montre la direction oblique primitive du follicule de la dent de sagesse. (Radiographie extraite de l'atlas de Johnson Symington and J.-C. Rankin).

culaire est habituellement fixe, la trace de ce mouvement reste inscrite sur la racine qui présente ainsi une courbe à concavité postérieure. L'incurvation de la racine témoigne donc de l'effort et du trajet accompli par la dent pour arriver à sa place définitive en se redressant. La dent porte ainsi avec elle sa « feuille de route ». On conçoit de suite toute la valeur de ce signe qui devient un indice précieux révélant la direction prise par la dent et même l'époque des redressements ou des déviations. L'incurvation de la racine est une règle qui souffre peu d'exceptions. Elle signifie : direction oblique, coniaci et redressement. (Capdepont .

2° Constitution du sac péricoronaire

Si nous examinons une coupe de dent prête à faire son éruption, c'est-à-dire en contact avec la muqueuse gingivale qu'elle soulève, nous voyons que sa couronne est contenue dans une sorte de sac, adhérant au collet de la dent, le sac péricoronaire.

Sa paroi interne, au contact de la couronne, est constituée par une couche de cellules épithéliales. « En dehors de ce revêtement épithélial, il existe un tissu fibreux dont les faisceaux disposés parallèlement à ce revêtement et à la couronne, *s'insèrent au collet de la dent* et forment autour de la couronne une sorte de paroi propre. Avec le revêtement épithélial, cette paroi constitue une véritable muqueuse qu'on pourrait appeler la muqueuse péricoronaire. » (Malassez).

En haut, elle se confond avec la fibro-muqueuse gingivale.

En bas, ses faisceaux fibreux se continuent sans interruption avec les faisceaux du ligament alvéolo-dentaire.

Ces faisceaux fibreux, péricoronaires, ont, point très important, *une insertion particulièrement puissante au collet de la dent.*

De même que ceux du ligament alvéolo-dentaire, ils sont en effet fixés au cément dans l'épaisseur duquel ils se sont trouvés noyés au cours du développement de celui-ci par couches successives « comme sont noyés dans la maçonnerie des piliers les câbles des ponts suspendus » (Malassez) (Fig. II).

La dent faisant son éruption, la fibro-muqueuse se résorbe en avant d'elle et se perfore, le revêtement épithélial gingival se continuant sans interruption avec celui de la cavité péricoronaire.

Celle-ci est transformée en un cul-de-sac qui se résorbe graduellement.

Avec l'éruption de la dent, une portion réduite de ce cul-de-sac persiste. C'est le cul-de-sac gingival que l'on constate au collet de toutes les dents. Les faisceaux fibreux péricoronaires forment le ligament circulaire.

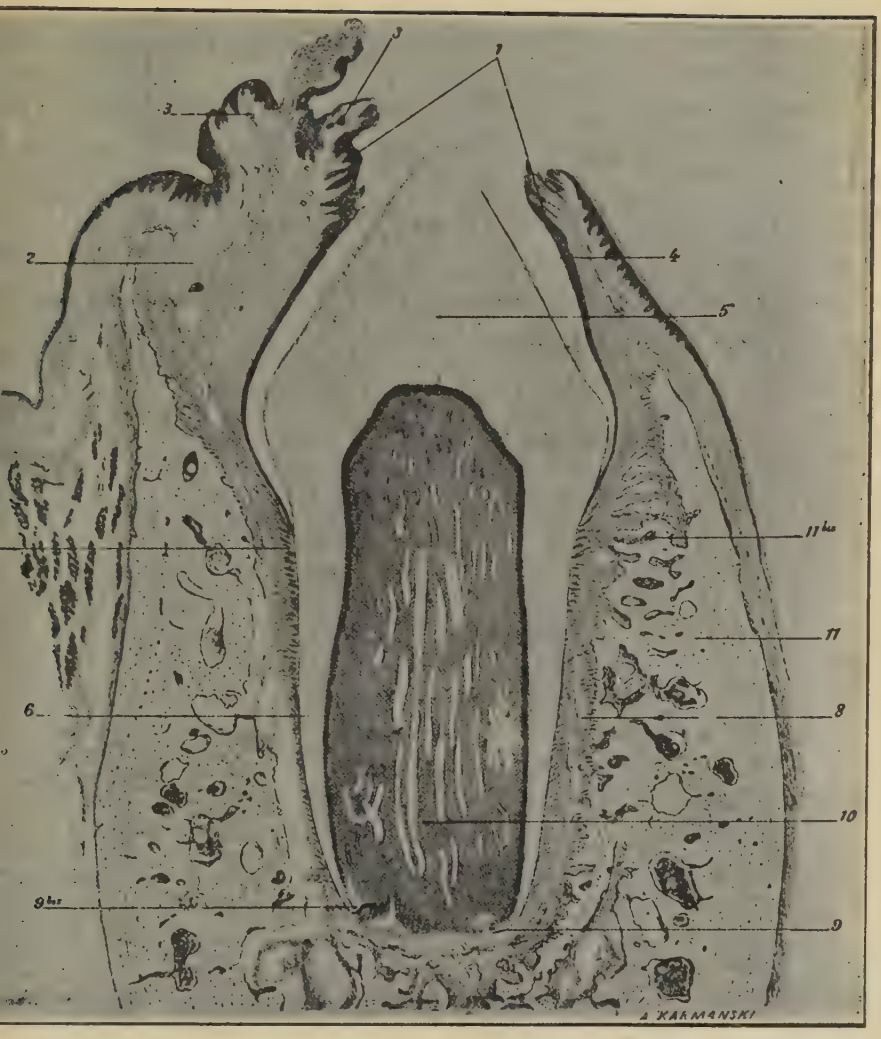

Fig. II. — Coupe transversale du maxillaire inférieur d'un jeune chat montrant la coupe longitudinale d'une dent permanente en train de sortir. (*Gr.* 20. — *D'après Malassez*).

1. Revêtement épithélial de la muqueuse gingivale se continuant avec le revêtement péricoronaire.
2. Tissu fibreux gingival.
4. Ancien revêtement épithélial péricoronaire tapissant maintenant la face interne du rebord gingival.
5. Couronne de la dent. L'émail a disparu par la décalcification.
6. Racine.
7. Faisceaux fibreux partant du collet de la dent, les plus superficiels vont se perdre dans le tissu gingival pour former le ligament circulaire, les plus profonds forment la partie superficielle du ligament alvéolo-dentaire.
8. Ligament alvéolo-dentaire.
11. Maxillaire.

3° La disposition muqueuse

Une autre particularité anatomique très importante signalée par Capdepont, c'est la présence de ce qu'il a appelé le « cul-de-sac rétrodentaire » et du repli muqueux. Avant l'éruption de la dent de sagesse, la muqueuse gingivale ne suit pas le collet de la deuxième molaire comme au niveau des autres dents. La muqueuse remonte en diagonale sur les faces latérales de celle-ci, atteignant au niveau de la face distale un point voisin de la face triturante de la couronne.

Le cul-de-sac gingival rétro-dentaire est donc particu-

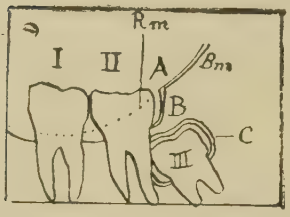

Fig. III. — Dent de sagesse heurtant la deuxième molaire (II).
AB. Cul-de-sac rétro-dentaire.
Bm. Repli muqueux vertical.
Rm. Portion oblique de la muqueuse reliant le précédent à la fibro-muqueuse gingivale. (D'après Capdepont.)

lièrement profond en cet endroit puisqu'il mesure la hauteur de la couronne (Fig. III).

De ce point la muqueuse recouvre d'abord partiellement en se dirigeant plus ou moins obliquement vers le haut le triangle rétro-molaire, puis se continue avec le repli muqueux vertical qui sépare la paroi jugale des piliers antérieurs du voile et vient s'insérer en haut sur le maxillaire supérieur en arrière de la tubérosité. Ce repli offre une consistance molle et est extrêmement mobilisable en tous sens, ce qui tient à ce qu'il est constitué par du tissu cellulaire extrêmement lâche en continuité avec le tissu cellulaire des espaces voisins.

Rapports du tissu cellulaire péricoronaire avec les tissus voisins

En dedans, ce tissu se continue : latéralement avec celui du pilier antérieur du voile et vers le bas en regard de la paroi alvéolaire interne de la dent de sagesse et de la partie postérieure de celle de la dent de douze ans située au-dessus de la ligne oblique interne où la muqueuse est lâche et peu adhérent.

En dehors, il se continue latéralement avec le tissu cellulaire lâche de la face interne de la joue. Il communique en bas et en avant vers le vestibule par le tissu cellulaire situé entre la face vestibulaire de la dent de sagesse et la ligne oblique externe qui passe toujours à une certaine distance en dehors d'elle avec la gouttière buccinato-maxillaire dont Chompret et L'hirondel ont signalé l'importance dans la propagation des collections purulentes situées dans les tissus mous au voisinage de la couronne de la dent. Voici la description qu'en donnent ces auteurs :

« La ligne oblique externe va du bord antérieur de la

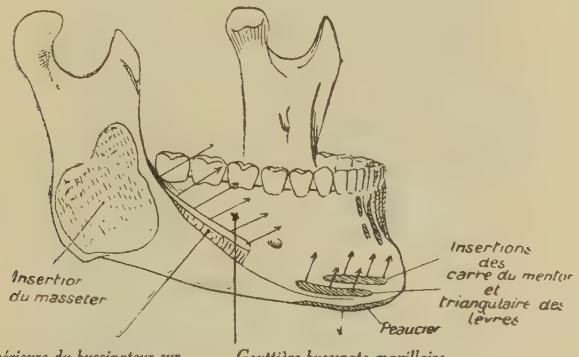
Insertion du masseter
Insertions des carré du menton et triangulaire des lèvres
Peaucier
Insertion supérieure du buccinateur sur la ligne oblique externe, depuis son origine jusqu'au voisinage du trou mentonnier
Gouttière buccinato-maxillaire

Fig. IV (D'après Chompret et L'hirondel.)

branche montante au bord inférieur du maxillaire inférieur qu'elle atteint après avoir dépassé le trou mentonnier. Là, après avoir traversé en diagonale et obliquement de haut en bas la face externe de la mandibule, elle s'infléchit en avant, suit le bord inférieur de cet os et vient se terminer à l'angle latéral de l'éminence mentonnière (Poirier, *Ostéologie*). En arrière, elle passe tout contre la paroi alvéolaire externe de la dent de sagesse. Or, sur la moitié postérieure de la ligne oblique externe (Poirier, *Myologie*), s'insère le buccinateur, muscle large et épais, que double encore, du moins en arrière, le masséter, qui s'insère si puissamment en bas sur l'angle de la mâchoire qu'il le déjette en dehors.

Le buccinateur ainsi renforcé forme avec la face externe du maxillaire inférieur une sorte de hamac mi-musculaire, mi-osseux, une sorte de gouttière triangulaire ; la

gouttière buccinato-maxillaire. Sa base supérieure correspond à la muqueuse du sillon gingivo-jugal, son sommet inférieur est fixé avec les fibres musculaires du buccinateur sur la ligne oblique externe (Fig. IV).

Ainsi délimitée, la gouttière buccinato-maxillaire présente une profondeur qui augmente d'arrière en avant, une pente dirigée obliquement en bas.

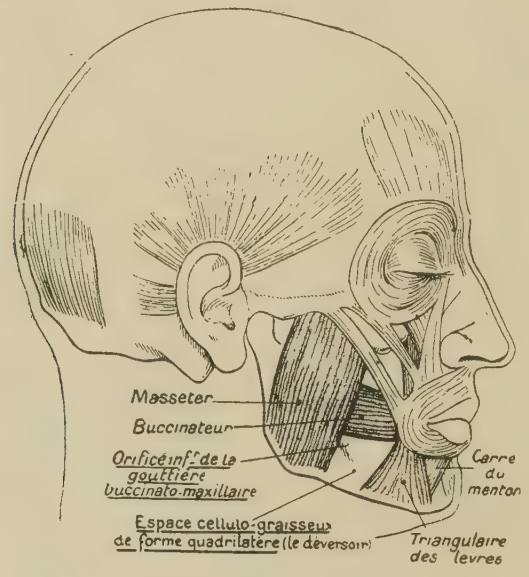

Fig. V. (D'après Chompret et L'hirondel.)

Plus en avant, cette même gouttière vient s'ouvrir dans un espace cellulo-graisseux, point de moindre résistance qui lui servira en quelque sorte de déversoir. On peut schématiquement lui décrire une forme quadrilatère à grande base supérieure, formée par les fibres libres d'insertion du buccinateur dirigées d'arrière en avant. La base inférieure correspond au bord inférieur du maxillaire inférieur. En arrière, il est limité en dessous de l'ouverture de la gouttière par le masséter ; en avant, par les muscles carré du menton et triangulaire des lèvres, le premier mince et pâle, le second large et épais. Tous deux s'insèrent sur le tiers antérieur de la ligne oblique externe et se dirigeant de bas en haut.

s'appliquant suffisamment contre l'os pour former barrière (Fig. V).

4° Rapports osseux

La dent de sagesse fait toujours en dehors de certaines anomalies extrêmement rares son éruption dans l'aire du

Fig. VI. — A. Bord antérieur de la branche montante. — B. Face postérieure de la dent de sagesse. — III. Dent de sagesse.

trigone rétro-molaire dont la base regarde la face distale de la dent et dont les côtés sont respectivement formés par les lignes obliques interne et externe. Ainsi que l'a signalé Capdepont, la dent se trouve toujours située en dedans de cette ligne et du bord antérieur de la branche montante (1) (Fig. VI).

L'os, au niveau du trigone, situé entre les lames particu-

(1) Ce fait ruine l'hypothèse de l'irritation de la partie inférieure du bord antérieur de la branche montante, par la couronne de la dent de sagesse ne trouvant pas de place pour évoluer plus en avant par suite du faible développement du maxillaire en arrière de la dent de douze ans. Certains auteurs (Ombrédanne, Dieulafé et Herpin) ont cherché dans cette irritation la cause de la localisation à l'os des accidents.

lièrement compactes, formant les cloisons alvéolaires interne et externe en continuité avec les lignes obliques interne et externe, est formé de tissu particulièrement compact, se continuant avec celui de la branche montante.

Il est donc particulièrement résistant et peu propice au développement de l'infection.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS

Ainsi que l'ont bien montré MM. Capdepont et Fargin-Fayolle au Congrès de Stomatologie de 1911, tout accident de dent de sagesse est constitué au début par l'infection du sac péricoronaire.

L'infection du sac péricoronaire

L'infection prend naissance dès que la communication s'établit entre le sac péricoronaire et le milieu buccal. Celle-ci peut se faire, soit au niveau de la gencive perforée, soit, et c'est ce que l'on observe presque toujours, par *l'ouverture précoce du sac péricoronaire* dans le cul-de-sac rétro-dentaire de la deuxième molaire.

En effet, la couronne de la dent de sagesse va, par suite de son obliquité, entrer en contact, à un moment donné, par son arête antérieure avec la face postérieure ou distale de la dent de douze ans et s'arc-bouter en quelque sorte contre celle-ci pendant toute son évolution. Fortement comprimé entre deux surfaces dures on conçoit sans peine que le sac péricoronaire va se résorber au niveau du point de contact des deux dents. Ce contact se produit, en général, au-dessous du collet de la deuxième molaire, dont il se rapproche progressivement avec l'évolution de la dent. Tant qu'elle se trouve dans cette situation, la dent n'a donc aucun rapport avec le milieu buccal. On dit alors qu'elle est incluse (Fig. VII). Tant que cette inclusion persiste aucun acci-

dent infectieux ne peut se produire (1). La théorie du bulbe osseux imaginée par Ombrédanne pour expliquer la localisation de l'infection hématogène à une zone osseuse en

Fig. VII. — La dent de sagesse heurtant la deuxième molaire au-dessous du collet est véritablement incluse. La cavité péricoronaire ne communique pas avec la cavité buccale ; il n'y a pas d'accident. (D'après Capdepont).

hyperactivité n'a jamais été vérifiée par un seul fait. Tant qu'elle reste incluse la dent reste parfaitement ignorée et ne provoque pas d'accident.

La dent continuant au contraire son évolution, le contact va se faire à un moment donné au niveau, puis au-dessus du collet de la dent de douze ans, c'est-à-dire dans le cul-de-sac rétro-dentaire de cette dent. A ce moment, la couronne de la dent de sagesse n'est pas encore visible et peut sembler incluse à un examen superficiel. En réalité, dès cet instant, le sac péricoronaire est en communication avec

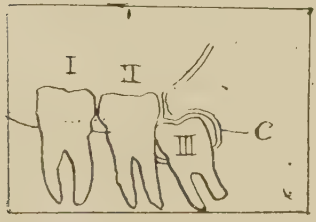

Fig. VIII. — La dent de sagesse (III) a atteint le collet de la dent antérieure (II), sa cavité péricoronaire (C) communique avec le cul-de-sac rétro-dentaire, et par suite avec la cavité buccale. (D'après Capdepont).

le milieu buccal par l'intermédiaire du cul-de-sac rétrodentaire. Les liquides buccaux, les agents pathogènes vont pouvoir pénétrer facilement entre la dent et la muqueuse péricoronaire et l'infection du sac péricoronaire devient possible (Fig, VIII).

Lorsque le sac péricoronaire s'efface rapidement, comme cela se produit au niveau des autres dents, l'infection n'a

---

(1) L'infection à ce moment peut cependant gagner le sac péricoronaire par l'intermédiaire de l'articulation alvéolo-dentaire avec laquelle il communique. Cette éventualité peut se produire lorsqu'il y a mono-arthrite apicale suppurée de la deuxième molaire, dont elle est une complication, soit que pour un motif quelconque cette dent soit extraite, amenant la désinclusion de la dent. Ces faits ne rentrent pas dans le cadre des accidents liés à l'éruption de la dent. Nous les verrons plus loin.

pas le temps de se réaliser. Lorsqu'au contraire, il persiste longtemps, il ne tarde pas à s'infecter et les accidents vont apparaître.

Causes favorisant l'infection du sac péricoronaire

Persistance du capuchon muqueux

Divers facteurs peuvent produire cette persistance et notamment le moindre développement du maxillaire chez l'homme civilisé.

Si la théorie du manque de place et de l'irritation mécanique des tissus qu'ils en avaient déduit n'offre plus aujourd'hui qu'un intérêt historique, le parallélisme entre le moindre développement du maxillaire et la fréquence des accidents chez l'homme civilisé n'en demeure pas moins un fait bien observé.

Il est d'ailleurs facile de concevoir le rôle de la diminution de la longueur du maxillaire.

Le repli muqueux vertical (voir page 24) sera d'autant plus éloigné de la deuxième molaire que le trigône rétro-molaire, et par conséquent le maxillaire, sera plus développé. Lorsqu'il sera très développé, ce que l'on voit chez les races inférieures, c'est-à-dire lorsque le repli muqueux est éloigné de la deuxième molaire, la portion de muqueuse recouvrant le trigône qui relie ce repli à la fibro-muqueuse gingivale sera voisine de l'horizontalité, et au contact de l'os auquel elle adhère. Le cul-de-sac rétro-dentaire de la deuxième molaire sera peu profond.

Dans le cas contraire, le repli étant très proche de la deuxième molaire, la muqueuse qui le relie à la fibro-muqueuse gingivale, sera orientée presque verticalement et très éloignée de la surface du trigône. L'espace rétro-dentaire est alors profond. Dans ce cul-de-sac profond la virulence des microbes va s'exalter.

Dans le premier cas, la dent fera tout entière son éruption, à travers une fibro-muqueuse horizontale, adhérente à l'os, en avant du repli muqueux vertical.

Si la dent est verticalement orientée, l'éruption pourra s'achever rapidement. La fibro-muqueuse gingivale restant adhérente au périoste, le sac péricoronaire s'effacera rapidement, et il n'y aura pas d'accidents infectieux.

Lorsqu'au contraire le repli muqueux vertical est proche de la deuxième molaire, les cuspides postérieurs de la dent de sagesse feront éruption dans l'épaisseur du repli et de la fibro-muqueuse oblique et non adhérente au périoste. Ce repli, formé de tissu lâche, sera soulevé par la dent, lui formant un capuchon muqueux suspendu au repli vertical. Ce capuchon ne pourra donc jamais s'effacer et persistera aussi longtemps que la dent.

Une autre cause peut également, en dehors du repli muqueux réaliser la persistance du capuchon. Lorsque la

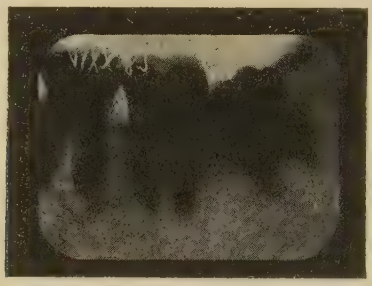

Fig. IX. — Radiographie d'une dent enclavée sous le bombé distal de la deuxième molaire. (*Communiquée par le Docteur Lacronique*).

deuxième molaire a un bombé distal très prononcé au niveau du collet, la dent de sagesse, si elle est un peu oblique, vient buter à ce niveau et reste enclavée. La dent n'atteignant pas son niveau normal, la plus grande partie de sa couronne reste recouverte par la fibro-muqueuse (Fig. IX).

Dans l'un et l'autre cas, la persistance du capuchon muqueux réalise une cavité close et déclive. Dans cette cavité, le balayage salivaire ne peut se faire, le tartre et les débris épithéliaux et alimentaires s'accumulent. Les agents microbiens trouvent là un milieu favorable à leur développement et à l'exaltation de leur virulence.

Ainsi se trouve réalisée l'infection du sac péricoronaire ou péricoronarite. Le pus s'accumule bientôt à l'intérieur du sac. La muqueuse s'infiltre ; le capuchon qui recouvre la dent se congestionne et s'enflamme. Le contact de la dent antagoniste, pendant la mastication, augmente encore ces phénomènes. L'infection peut se propager en surface à

l'épithélium gingival et l'accident superficiel localisé au capuchon, être le point de départ de la stomatite ulcéro-membraneuse. Plus rarement l'infection peut également envahir le système lymphatique et aboutir à l'adénite sous-maxillaire et ses complications. Ces faits sont bien connus et nous n'y insisterons pas. Dans les cas favorables avec capuchon muqueux peu étendu, l'infection peut ne pas dépasser ce stade. Dans un grand nombre de cas, au contraire, cette infection contenue dans un cul-de-sac fermé et profond où le nettoyage est impossible, d'où le pus ne se vide jamais, cet abcès, en un mot, va se propager vers les tissus environnantes et gagner vers la profondeur. Cette propagation va être conditionnée, dirigée en quelque sorte par les données anatomiques.

Propagation de l'infection du sac péricoronaire aux tissus voisins

Pour gagner les tissus environnants, l'infection devra franchir la muqueuse péricoronaire.

Celle-ci, nous l'avons vu, est en contact, dans la plus grande partie de son étendue, avec le tissu cellulaire lâche du capuchon, se continuant avec celui du pilier antérieur du voile, de la joue et de la gouttière buccinato-maxillaire.

En bas, elle est en rapport avec l'insertion des fibres du ligament circulaire au cément de la dent. Cette insertion est, nous l'avons vu, extrêmement solide. Ce ligament se continue avec les fibres du ligament alvéolo-dentaire, inséré à ce niveau à un os particulièrement compact.

Ainsi donc, le processus infectieux se trouve en présence de deux voies de propagation possibles dans deux tissus essentiellement différents (Fig. X).

L'un offre une surface étendue. Il est mou, décollable, constitué par une muqueuse doublée de tissu cellulaire et aboutit à des espaces remplis de tissu cellulo-graisseux. Il offre un milieu éminemment favorable à la propagation de l'infection à laquelle la muqueuse n'oppose qu'une barrière peu résistante. L'autre, au contraire, est constitué par le ligament alvéolaire. Il offre une surface peu étendue.

On sait combien le tissu fibreux dense du ligament est

résistant à l'infection en lui-même, et surtout comparativement au tissu cellulaire.

Mais, en avant de lui, existe encore une barrière. C'est l'insertion des fibres denses du ligament circulaire au cément du collet de la couronne.

Fig. X. — *a.* Ligament circulaire. — *b.* Tissu cellulaire en continuité avec celui de la gouttière buccinatrice. — *c.* Tissu cellulaire du pilier antérieur. — *d.* Muscle buccinateur. — *e.* Muscle mylo-hyoïdien.

Note. — La zone en noir entourant la couronne de la dent indique le pus à l'intérieur du capuchon. (*Schématique*).

On sait combien cette insertion est résistante à l'infection. Dans la parulie, en effet, le pus ne décolle pas le ligament de la racine.

De ces deux tissus, l'un cellulaire peu résistant, l'autre fibreux très résistant, est-ce au ligament que l'infection va se propager pour aboutir à la mono-arthrite apicale suppurée et à ses complications osseuses, comme le veut la théorie classique ?

On se demande par quel mécanisme, et pour quelle

raison le pus qui a toujours tendance à fuser vers les points de moindre résistance irait, contrairement à toute logique, s'attaquer au ligament, c'est-à-dire au tissu de beaucoup le plus résistant.

Il est bien évident au contraire que c'est le tissu cellulaire qui sera envahi (1). Pour cela, la barrière muqueuse seule devra être franchie.

Au sein de ce tissu l'infection se propagera rapidement.

Deux directions s'offrent à elle. D'une part, la propagation peut se faire en arrière, en dedans et en haut, vers le pilier antérieur de l'amygdale. Le phlegmon péri-amygdalien antérieur en est la conséquence.

D'autre part, elle peut se faire en dehors, en avant et en bas vers la gouttière buccinatrice.

Tout semble la conduire dans cette direction. En dedans, la crête alvéolaire est élevée, et le tissu cellulaire peu abondant. En arrière, c'est vers le haut, au niveau du pilier, qu'il se trouve situé.

En dehors, au contraire, l'os au niveau de la dent est incliné en pente douce, en avant et en dehors, vers la ligne oblique externe. Là, se trouve, en dedans du buccinateur, du tissu cellulaire abondant, se continuant avec celui de la gouttière buccinato-maxillaire, présentant elle-même une direction oblique en avant et en bas.

Elle aboutit au quadrilatère décrit par Chompret et L'hirondel, sous le nom de déversoir, limité par le bord antérieur du buccinateur, le rebord basilaire du maxillaire et le carré du menton.

C'est, on le comprend, dans cette direction que, nécessairement, va migrer le pus et dans cet espace qu'il va se collecter, formant abcès à la face externe du maxillaire.

Plus rarement, on peut voir l'infection ne pas évoluer vers l'abcès, mais sous forme de cellulite phlegmoneuse, envahir les régions contiguës.

Ainsi donc, l'anatomie nous explique la fréquence de cet accident, et sa physionomie toute spéciale.

---

(1) Ce qui montre bien la résistance du sac péricoronaire à l'infection, c'est que lorsqu'on extrait une dent ayant donné lieu à des accidents, celle-ci porte toujours à son collet, un lambeau muqueux, surtout étendu sur la face distale. Celui-ci représente ce qui reste du sac péricoronaire. Il est infiltré, mais son insertion au collet est intacte.

Le siège de l'infection initiale au capuchon, explique l'acuité des douleurs et le trismus reflexe, souvent très marqué.

Il y a croyons-nous, bien que l'étiologie soit différente, une certaine analogie entre la péricoronarite et la gingivo-stomatite.

Le mécanisme de l'infection est le même : exaltation de la virulence des germes, à l'abri, ou par défaut des moyens naturels de protection buccaux. Le siège de la première est le cul-de-sac péricoronaire ; le siège de la seconde, au début, le cul-de-sac gingival reste du sac péricoronaire.

Il est donc logique de voir que la première, pas plus que la seconde, ne se complique d'accidents osseux.

On comprend également que dans un cas d'infection hypertoxique, on puisse voir survenir secondairement la nécrose osseuse, de même et aussi exceptionnellement, qu'elle survient à la suite de gingivo-stomatite grave (stomatite mercurielle, par exemple).

On se trouve alors en présence de ces cas exceptionnels d'infections hypertoxiques, suivis de nécrose massive des tissus.

C'est, semble-t-il, ce qui s'est produit dans le cas rapporté par le Docteur Gornouec (observation XV).

Mais, même dans ce cas, et nous insistons sur ce point, la dent était saine, et son ligament intact. Ce n'est donc pas par cette voie que l'infection osseuse se réalisa.

Ce n'est que secondairement, après l'extraction que survint une nécrose de la table externe. Celle-ci semble s'être produite par propagation de l'infection au périoste, au contact de la collection.

On comprend de même pourquoi on ne trouve pas de carie sur les dents extraites pour accidents de dent de sagesse. C'est que le tissu cellulaire est envahi par l'infection et que les accidents surviennent avant que la carie ait pu se produire.

L'accident osseux ne peut donc se produire au niveau de la dent de sagesse que consécutivement à la gangrène pulpaire, due à une dentinite. Son mécanisme est bien connu.

Il est un cas cependant qui pourrait prêter à confusion. La mono-arthrite apicale de la deuxième molaire peut infecter le sac péricoronaire de la dent de sagesse, ouvert au contact de la racine distale de la dent de douze ans (Fig. XI).

Fig. XI. — La dent de sagesse est incluse. Mais par suite d'une carie pénétrante de la seconde molaire, l'infection dépassant l'apex peut remonter le long du ligament jusqu'à la cavité péricoronaire de la troisième molaire. (D'après Capdepont.)

L'avulsion de celle-ci pratiquée, l'infection du sac péricoronaire persiste, ou se produit au moment de l'extraction qui le met en communication avec le milieu buccal.

Cette infection péricoronaire persistant, entretient l'infection osseuse qui prend alors souvent une allure grave.

Fig. XII. — La deuxième molaire est extraite. La cavité péricoronaire communique avec la cavité buccale, et est le siège d'une infection qui persiste. (D'après Capdepont.)

Seule la radio permet parfois de faire le diagnostic (Fig. XII).

C'est là une complication de la mono-arthrite apicale suppurée de la deuxième molaire.

En résumé, la pathogénie explique clairement les constatations cliniques. La péricoronarite suppurée, stade initial de l'accident de dent de sagesse, peut :

1° S'étendre à la muqueuse voisine, donnant lieu à la stomatite, à l'angine ;

2° Se propager aux lymphatiques ;

3° Fuser dans les espaces cellulaires voisins, presque toujours en dehors, aboutissant à l'abcès buccinateur, rarement en arrière, donnant le phlegmon péri-amygdalien antérieur.

Elle ne se propage jamais directement à l'os par voie alvéolaire.

TRAITEMENT

Nous ne dirons du traitement que ce qui concerne ses indications en rapport avec la pathogénie des accidents.

Le traitement des accidents d'éruption de la dent de sagesse doit viser la suppression de la cause qui leur donne naissance : la rétention purulente dans le cul-de-sac péricoronaire.

Il devra donc s'inspirer de la possibilité pour celui-ci de disparaître rapidement, soit naturellement, par l'évolution de la dent, soit par l'intervention. Il devra en même temps tenir compte de la gravité des accidents.

Deux éventualités doivent être envisagées :

Accidents bénins. — Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° La dent ne pourra achever son évolution soit à cause de sa grande obliquité, soit que sa couronne soit enclavée sous le bombé du collet de la dent de douze ans. Le sac péricoronaire persistera donc et avec lui la menace d'accident sérieux. Pour les éviter il sera donc préférable d'extraire la dent.

2° L'éruption peut s'achever facilement. Si le repli muqueux vertical est suffisamment éloigné pour que l'éruption s'achevant il ne recouvre plus aucune partie de la couronne, on pourra, si l'infection est minime, conseiller des soins hygiéniques locaux et attendre le dégagement spontané de la dent par le capuchon. Si celui-ci ne se produit pas rapidement, on pourra pratiquer la résection chirurgicale du capuchon. Celle-ci, pour être efficace, devra être large et comprendre la désinsertion complète du sac péricoronaire.

Lorsque le repli muqueux vertical est situé au-dessus d'une partie de la couronne ou que celle-ci inclinée en dehors soulève la muqueuse jugale, la résection sera inefficace, le capuchon se refermant avec la cicatrisation de la plaie. Dans ce cas, l'extraction seule amènera la disparition du capuchon et devra être pratiquée.

Accidents sérieux. — Abcès buccinateur. — L'extraction s'impose.

Tant que la dent persiste, la rémission obtenue par l'évacuation du pus au niveau de la muqueuse, survenant, soit spontanément, soit à la suite d'une incision chirurgicale, est de courte durée.

Le pus se reforme et le malade est à la merci d'accidents plus graves. On devra donc avulser la dent le plus tôt possible.

L'extraction supprime la cause de l'infection.

Elle permet l'évacuation du pus par la brèche muqueuse qu'elle réalise.

OBSERVATIONS

Abcès migrateur buccinato-maxillaire.

Abcès migrateur simple, observations I à IX.

Abcès migrateur fistulé, observations X, XI, XII.

Abcès migrateur et adénite, observations XIII.

Abcès migrateur ayant évolué sous forme de phlegmon ligneux, observation XIV.

Abcès migrateur, nécrose osseuse secondaire, observation XV.

Abcès migrateur de la face linguale du maxillaire.

Observations XVI, XVII.

Phlegmon péri-amygdalien.

Observation XVIII.

Accidents osseux.

Observations XIX, XX, XXI.

OBSERVATION I

(*Dr L'hirondel*).

Kut... (Jean), sujet tchéco-slovaque, âgé de vingt-quatre ans, ressent, vers la fin de la première semaine d'août 1923, des douleurs assez vagues du côté de sa dent de sagesse inférieure gauche, puis la mastication les exagère et bientôt le malade en arrive à ne plus manger. Il consulte, et on pratique au bistouri le décapuchonnage de la dent de sagesse ; tout rentre alors momentanément dans l'ordre.

Le 2 Septembre 1923, le malade s'aperçoit que sa joue grossit. Des douleurs réapparaissent au niveau de sa dent de sagesse et aussi au niveau de sa joue.

Nous examinons pour la première fois ce malade le 7 septembre. Une tuméfaction, douloureuse, siège à la partie moyenne de la mâchoire inférieure gauche. Elle a environ 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur, 2 centimètres de hauteur en partant du bord inférieur du maxillaire. L'angle de la mandibule est insensible à la palpation. La région sous-maxillaire est libre.

A l'examen endobuccal : la tuméfaction occupe dans le vestibule surtout la partie jugale. Elle s'étend des prémolaires au capuchon de la dent de sagesse, avec maximum de voussure en face des prémolaires. Le capuchon de la dent de sagesse recouvre la moitié de la face triturante de la dent. Il est très sensible à la palpation, qui fait apparaître quelques gouttelettes de sérosité purulente. La tuméfaction, elle aussi, est douloureuse et la pression exercée à son niveau fait sourdre du pus sous le capuchon. Quant à la dent de sagesse elle-même, elle est insensible au choc. La région alvéolo-maxillaire en face de la tuméfaction est saine et indolore. La dentition du malade est au complet, et pas une dent ne présente la moindre carie, fût-ce de l'émail.

Au point de vue fonctionnel, notons un trismus de moyenne intensité. L'état général est pris, et le malade est fébrile.

Aucun antécédent pathologique digne d'être relevé. Nous sommes en présence d'un sujet particulièrement vigoureux.

Le diagnostic s'impose du fait du siège et de la symptomatologie même. D'ailleurs, on n'observe aucun signe clinique d'infection osseuse ; toutes les dents sont saines et nous ne pouvons être en présence d'une ostéopériostite ou ostéophlegmon des prémolaires ou de la dent de sagesse. La *radiographie* confirme les faits cliniques.

Le traitement consiste en l'extraction, dès le lendemain, de la dent de sagesse parfaitement saine.

Le 10 septembre, amélioration notable ; le malade n'a plus de

douleurs spontanées ni provoquées. La tuméfaction a diminué grandement. Le 14 septembre, la guérison est complète.

En résumé, cette observation est celle d'un abcès bŭccinato-maxillaire typique, de forme et d'évolution aiguës, n'entraînant aucune complication.

OBSERVATION II

(*Personnelle*)

Volumineux abcès migrateur externe

Mar..., Joséphine, 30 ans, manutentionnaire.

Vient consulter pour volumineuse tuméfaction avec trismus, le 16 mars 1926.

Histoire de la maladie. — Premier accident il y a un an, au moment de l'éruption de la dent.

Douleurs névralgiques vives, dans l'hémi-face gauche. Trismus. Légère enflure dans la joue. Tout rentre dans l'ordre spontanément au bout de quelques jours.

Il y a deux jours, douleurs violentes, irradiées vers l'oreille et le menton côté gauche.

Le lendemain apparaît une tuméfaction, qui grossit rapidement, en même temps qu'un trismus très marqué.

Examen. — Volumineuse tuméfaction de la grosseur d'une orange, siégeant au-dessus du rebord basilaire à la face externe du maxillaire inférieur gauche. Aucune douleur à la palpation du rebord basilaire et de l'angle, libre, ainsi que la région sous-maxillaire. Douleurs spontanées toujours vives. Trismus marqué.

L'état général est atteint. Température aux environs de 38°. La malade doit interrompre tout travail.

L'écartement des mâchoires est limité à un travers de doigt.

Le vestibule est le siège d'une volumineuse tuméfaction qui se continue jusqu'au capuchon qui recouvre presque entièrement la dent de sagesse.

Celle-ci n'est pas douloureuse à la pression d'un instrument et n'est pas mobile.

Les autres dents sont saines.

La pression sur la collection vestibulaire fait sourdre du pus sous le capuchon. *La Radiographie montre l'absence de lésions dentaires ou osseuses.*

Intervention. — Anesthésie locale. Le capuchon est excisé au bistouri. La dent extraite à l'élévateur droit. Elle est saine.

Les jours suivants, amélioration marquée des symptômes. Plus de douleurs.

La malade est revue guérie, au bout de dix jours.

OBSERVATION III

(*Personnelle*)

Volumineux abcès migrateur

Del... Alphonse, 25 ans, employé à la T. C. R. P.

Hospitalisé en chirurgie, il se présente le 5 mai à la consultation de stomatologie, porteur d'une volumineuse tuméfaction de la joue gauche.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection remonte au 10 avril, par des douleurs violentes, irradiées dans l'oreille, et l'apparition d'une tuméfaction dans la joue.

Le malade continue son travail pendant dix-huit jours et affirme que la tuméfaction et les douleurs ont persisté pendant tout ce temps. Au bout de ce temps, il voit un médecin qui le dirige sur l'Hôpital Saint-Louis, où il est hospitalisé en chirurgie.

Dès son entrée le 27, on pratique dans le service une petite incision vestibulaire qui donne issue à du pus. La tuméfaction aurait alors diminué.

Nous le voyons à la consultation le 5 mai. La joue est encore enflée, de la grosseur d'une mandarine. La région sous-maxillaire est libre, l'angle et le rebord basilaire indolores.

L'expression douce de la joue ne fait pas sourdre de pus par l'incision vestibulaire. Le trismus est marqué. Pourtant nous arrivons à faire suffisamment s'écarter les mâchoires pour examiner la bouche. Les dents sont massives, trapues, indemnes de carie, et ne présentent pas d'arthrite.

La dent de sagesse est vestibulée. Elle est indolore à la pression. Le capuchon qui la recouvre est douloureux au .toucher, principalement au niveau de la ligne oblique externe.

Nous envoyons le malade à la radio et le convoquons pour le lendemain pour extraire sa dent. *Celle-ci montre l'absence de lésions dentaires ou osseuses.*

Ce n'est que le 16 mai que nous le revoyons, porteur, cette fois, d'une incision des téguments de la joue qui ont une teinte rouge, luisante, consécutive à l'application de compresses chaudes, en arrière de la commissure faite deux jours avant dans le service. Un pus crêmeux, jaune, verdâtre, s'écoule au niveau de l'incision. La tuméfaction n'en est pas moins volumineuse. Nous pratiquons l'extraction le lendemain 12 mai, sous anesthésie locale.

La tuméfaction a diminué le lendemain de l'extraction. Toutefois, elle ne régresse que fort lentement.

Au bout de deux semaines, la plaie alvéolaire est cicatrisée, le vestibule libre et souple. Mais l'ouverture cutanée ne se ferme pas et donne toujours issue à du pus en faible quantité. Elle n'est cicatrisée qu'au bout d'un mois, alors que tous les autres phénomènes ont déjà disparu depuis quelque temps.

OBSERVATION IV

(*Personnelle*)

Volumineux abcès migrateur

Br... Félicie, 27 ans, infirmière. Vient consulter pour volumineuse tuméfaction de la joue droite, le 11 mai 1926.

Début, il y a trois jours, par névralgies violentes, irradiées vers l'oreille. Le lendemain, le trismus apparaît intense. Les douleurs exacerbées la nuit, empêchent le sommeil, et vont en augmentant les jours suivants.

Le jour suivant, c'est-à-dire le 10 mai, la mastication devient impossible. Une tuméfaction volumineuse s'installe rapidement et les douleurs diminuent d'intensité.

Le 11, elle se présente à nous avec une tuméfaction de la grosseur d'une orange, arrondie, soulevant les téguments de la joue qui ont leur teint normal, à la partie moyenne de la face externe du maxillaire. La région sous-maxillaire est libre.

Pas de douleur à la palpation de l'angle ni du rebord basilaire. Trismus serré, admettant à peine l'épaisseur du petit doigt. Dents saines, pas d'arthrite.

La pression sur la tuméfaction qui comble le sillon gingivo-jugal inférieur fait sourdre du pus sous le capuchon qui recouvre les cuspides postérieurs de la dent de sagesse, indolore à la pression. Elle est verticale et normalement implantée, sur l'arcade. Radio. *Dents et maxillaire normaux.*

Intervention. — Anesthésie locale, après l'injection, le trismus diminue. La dent, solidement implantée, est extraite à la langue de carpe.

L'état local va s'améliorant. La tuméfaction a considérablement diminué le lendemain. Le trismus persiste. Il cède graduellement et au bout de dix jours nous renvoyons notre malade qui, guérie, vient nous demander un certificat.

OBSERVATION V

(*Personnelle*)

Volumineux abcès migrateur

Reg..., Denis, 23 ans. Vient consulter à l'Hôpital Saint-Louis, pour volumineuse tuméfaction de la joue gauche, le 10 Avril 1926.

Histoire de la maladie. — Début, il y a trois jours, par de violentes douleurs, irradiées vers l'oreille. Celles-ci vont en croissant de jour en jour, le sommeil est impossible, la mastication pénible ne rend possible que l'absorption de liquides.

En même temps est apparue une tuméfaction de la joue gauche, qui est fortement tendue.

Examen. — La tuméfaction située à la face externe du maxil-

laire à mi-distance de l'angle et du menton, atteint le volume d'une orange.

La région sous-maxillaire est libre. Le rebord basilaire et l'angle de la mâchoire indolores. Les téguments ont leur coloration normale.

Trismus serré. Les dents sont saines. Pas d'arthrite au niveau des molaires, prémolaires et de la dent de sagesse, recouverte en partie par un capuchon.

La dent est vestibulée.

La pression sur la collection vestibulaire fait sourdre du pus sous le capuchon, signe pathognomonique de l'abcès migrateur. Le plancher est souple.

La radio confirme l'absence de toute lésion osseuse.

Nous pratiquons l'extraction de la dent de sagesse, à la langue de carpe, après syndesmotomie, sous anesthésie régionale à l'épine de Spix. La dent tenait solidement et l'extraction ne se fait pas sans difficulté. La dent est saine. Le pus est exprimé.

Le malade est suivi et huit jours après, presque complètement guéri. Le trismus a disparu ainsi que la tuméfaction.

OBSERVATION VI

(*Personnelle*)

Abcès migrateur

Leb... Henri, 28 ans, maçon, en traitement pour tuberculose pulmonaire.

Se présente le 26 avril à la consultation de stomatologie de l'Hôpital Saint-Louis, pour tuméfaction de la joue gauche.

Histoire de la maladie. — Début, il y a huit jours, par de légères douleurs au niveau du capuchon, et apparition au niveau de la joue d'une tuméfaction qui augmente progressivement. Il y a trois jours, les douleurs augmentent, ne sont pas très vives cependant, ne s'irradient pas, le trismus s'installe. La mastication n'a jamais été douloureuse.

Examen.— La tuméfaction, de la grosseur d'une petite mandarine, soulève la joue à la partie moyenne de la face externe de la mandibule. Les téguments ont leur aspect normal.

La région sous-maxillaire est libre.

Pas de douleur provoquée à la pression, le long du rebord basilaire, ni à l'angle du maxillaire.

L'ouverture de la bouche est limitée à un travers de doigt. Le vestibule est libre jusqu'au niveau de la dent de douze ans. Au regard de celle-ci, il est comblé par une tuméfaction aboutissant au capuchon de la dent de sagesse, sous lequel la pression fait sourdre du pus. Les dents sont saines et ne présentent pas d'arthrite.

La dent de sagesse est vestibulée, ses cuspides linguaux à l'ali-

gnement des cuspides vestibulaires de la précédente. Elle est masquée sous le capuchon. *Radio. Absence de lésions dentaires ou osseuses.*

Intervention. — Sous anesthésie locale, nous excisons le capuchon qui masque la couronne. Après syndesmotomie, la dent est extraite à la langue de carpe.

Le malade est revu guéri au bout de quelques jours.

OBSERVATION VII

(*Dr L'hirondel*)

Abcès migrateur

Le 19 septembre 1923, nous voyons à la consultation stomatologique de l'Hôpital Saint-Louis, le nommé Lim..., boulanger, âgé de 29 ans.

Depuis quarante-huit heures, et pour la première fois, il présente au niveau de sa dent de sagesse inférieure droite une vive inflammation qui est propagée jusqu'à la partie moyenne du maxillaire inférieur droit. Toute la face, jusqu'aux molaires, est tuméfiée et œdématiée. Cependant, la tuméfaction n'atteint pas le cou en bas et l'angle de la mâchoire en arrière ; l'un et l'autre sont indolores à la pression.

Dans la bouche, que le malade ouvre très difficilement, le vestibule est soulevé, la tuméfaction remonte haut dans la joue et vers le capuchon de la dent de sagesse, violemment congestionné et purulent.

On ne découvre aucun signe d'infection articulaire ou osseuse pouvant provenir d'une infection de la dent de sagesse ou des autres dents de la mâchoire.

La dent de sagesse est extraite, bien que saine, et la guérison est obtenue dans la huitaine.

OBSERVATION VIII

(*Dr L'hirondel*)

Abcès migrateur

Ber..., vingt-neuf ans, présente, pour la première fois, des accidents douloureux et inflammatoires au niveau de la dent de sagesse inférieure droite, le 24 juin 1923.

La tuméfaction gagne rapidement la face externe du maxillaire inférieur droit. Un abcès se forme et s'ouvre spontanément dans le vestibule le 1er juillet 1923.

Le malade continue cependant à souffrir ; il ne mange pas, est agité, le teint est blafard, l'état général mauvais. C'est sous cet aspect que le voit à sa consultation notre confrère Fabien, de Meaux. Ce dernier nous l'adresse, et c'est encore sous l'aspect d'un homme intoxiqué et mal en point que nous le voyons, le 10 juillet 1923, à la consultation stomatologique de Saint-Louis. L'espace sus-hyoïdien latéral droit est silencieux. L'angle de la mâchoire est indolore.

Du côté endobuccal : abcès fistulisé dans le vestibule face aux prémolaires, traînée inflammatoire rouge conduisant à un capuchon de la dent de sagesse rouge violacé recouvrant des purulences. La dent de sagesse est sans carie, légèrement mobile et douloureuse au choc. Sur l'arcade, les dents sont saines, sans infections articulaires ou osseuses.

La dent de sagesse, qui est sans aucune altération, est extraite immédiatement.

Le malade est prié de revoir son médecin pour les soins post-opératoires. Il n'est revu, dans la suite, ni par lui ni par nous.

OBSERVATION IX

(*Dr L'hirondel*)

Abcès migrateur

Le 22 septembre 1923, le mari de la précédente, c'est-à-dire de Anne J..., vient à la consultation stomatologique de l'Hôpital Saint-Louis, accompagné de sa femme.

Il présente une fluxion de la joue gauche. Celle-ci est volumineuse, la peau est fortement tendue et un peu rosée. Cependant, la région sous-maxillaire est silencieuse, la pression au niveau de l'angle de la mâchoire indolore.

Le malade souffre beaucoup et ouvre difficilement la bouche. Toutefois, on arrive à faire l'examen endobuccal. Le vestibule est rouge et tuméfié de sa partie moyenne jusqu'à la dent de sagesse dont le capuchon est fortement enflammé, presque boursouflé. Pas de fluctuation à la palpation de la tumeur inflammatoire du vestibule. Du séro-pus s'écoule entre le capuchon et la dent de sagesse. Cette dernière et toutes les dents sur l'arcade inférieure du côté gauche sont saines. Pas le moindre signe d'arthrite ou d'osté-périostite. Le diagnostic est donc évident. L'extraction de la dent de sagesse est pratiquée immédiatement à la langue de carpe, après anesthésie locale à la novocaïne. Le malade soulagé de suite, ne revient pas nous voir, et c'est sa femme, la semaine suivante, qui nous apprend sa rapide et complète guérison.

OBSERVATION X

(*Dr L'hirondel*)

Abcès migrateur fistulisé

Anne J..., cuisinière, âgée de vingt et un ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 8 mai 1923, parce qu'elle a une fistule dans la joue gauche.

Histoire de la maladie. — Au dire de la malade, cette fistule existe depuis un an environ, c'est-à-dire depuis le mois de mai 1922. Un peu avant cette date, elle eut une inflammation du capuchon de la dent de sagesse inférieure gauche, avec douleurs et

trismus. Le décapuchonnage fut pratiqué par un praticien parisien, et il se serait écoulé, toujours au dire de la malade, une certaine quantité de pus au cours de l'opération. Les jours qui suivirent, la joue resta empâtée et dure au droit de la dent de sagesse. Des massages et des pommades furent prescrits. La joue augmenta de volume, un abcès se forma et vint s'extérioriser à la partie moyenne de la face externe du maxillaire inférieur gauche.

A l'apparition de la fistule, les douleurs et le trismus disparurent. Mais chaque mois, au moment des règles, la fistule, qui entre temps s'assèche, redevient perméable et purulente.

Lors de notre premier examen, nous constatons que cette fistule siège dans la région sus-maxillaire gauche, à la partie moyenne de la branche horizontale. Son orifice entamé, un peu croûteux, laisse échapper à la pression quelques gouttes de pus. La palpation extérieure de la mandibule ne réveille pas de douleur. La région sous-maxillaire est libre.

L'ouverture de la bouche est normale et permet un facile examen. Le vestibule est occupé par une bride fibreuse qui conduit à la dent de sagesse, recouverte en grande partie par un capuchon qui laisse sourdre une sérosité purulente.

La dent de sagesse et toutes les autres molaires sont saines, et l'examen radiographique confirme l'examen clinique.

L'absence d'infection osseuse et profonde dûment constatée, le diagnostic s'impose ; on est en présence d'une fistule cutanée, née de l'évacuation extérieure d'un abcès migrateur du vestibule inférieur.

L'extraction de la dent de sagesse fut pratiquée sur le champ, et il fut constaté que la dent était parfaitement saine.

Dix jours après l'opération, la fistule est fermée et tarie. Le douzième jour, les menstrues surviennent et la fistule reste sèche et guérie.

OBSERVATION XI

(*Dr L'hirondel*)

Abcès migrateur fistulisé à la joue

M. Edouard Dun..., blanchisseur, porteur d'une fistule jugale droite, était à la veille de subir un grattage du maxillaire par un chirurgien des hôpitaux, lorsqu'il vit M. Texier, chirurgien-dentiste. Ce dernier conseilla au malade, avant d'entrer dans une maison de santé, de venir nous consulter, car, cliniquement, et surtout radiographiquement, il ne trouvait aucune lésion dentaire ou osseuse.

Histoire de la maladie. — Dès sa première visite, le 15 juin 1924, le malade nous apprend que les premiers troubles constatés dans sa joue droite le furent en Mai 1918, alors qu'il était en captivité en Allemagne. Il présenta alors, dans le sillon gingivo-jugal droit inférieur, en face de la deuxième grosse molaire inférieure, un

abcès assez volumineux qui détermina de l'œdème de la joue, puis s'évacua ensuite dans la bouche. A aucun moment, cet abcès ne provoqua de douleur et, après quelques jours, sa guérison apparut complète. Dans la suite, des accidents sensiblement semblables comme siège et d'intensité variable se reproduisent cinq ou six fois, à des intervalles irréguliers et à des époques que le malade ne sait préciser. Cependant, il garda le souvenir du dernier de ces abcès, qui survint en mars 1923.

Un an après, le 25 Avril 1924, des phénomènes inflammatoires plus intenses surviennent dans le vestibule inférieur droit. Le pus s'évacue encore dans la bouche, mais la fistule buccale ne tarit plus. La joue reste empâtée, œdématiée et dure. Vers le 6 juin, la peau extérieurement devient tendue et rouge, une collection purulente se forme. Cinq jours après, on pratique une incision.

La tuméfaction s'affaisse; mais le malade est alors porteur d'une double fistule buccale et cutanée que lavages et pansements antiseptiques n'arrivent pas à faire disparaître. Le malade est, dès lors, décidé à faire cesser cette affection récidivante qui maintenant le défigure, et il est à la veille d'être opéré au niveau de la mâchoire, nous l'avons déjà dit, quand il nous est adressé.

Lorsque nous examinons le malade, l'attention tout d'abord est attirée par la présence d'un orifice fistuleux siégeant le long du maxillaire inférieur, au fond d'un entonnoir cutané, à demi-distance entre le menton et l'angle de la mâchoire. Ses bords éversés et rouges bourgeonnent par endroits et laissent échapper en petite quantité quelques gouttelettes d'un pus jaune et visqueux. Ces bords sont entourés de quelques poils agglutinés entre eux par des croûtes jaunes et brunes. L'orifice semble entouré d'une zone inflammatoire en anneau. En réalité, il repose sur une petite tuméfaction grosse comme une noix dont le centre est déprimé. Tout autour, la peau est œdématiée ; la joue en est déformée. La palpation de la tumeur est douloureuse; mais l'angle de la mandibule et le menton sont complètement insensibles. La région sous-maxillaire est silencieuse. Le malade présente un trismus serré, et l'abaissement de la mâchoire inférieure au niveau des incisives est d'un centimètre environ. L'écartement de la joue droite permet toutefois l'examen endobuccal.

Le vestibule inférieur droit est légèrement soulevé et rouge. La tuméfaction va de la deuxième prémolaire à la deuxième molaire ; la dent de sagesse n'est pas apparente. La palpation fait sourdre du pus au niveau d'un orifice fistuleux situé un centimètre environ en dessous du bord gingivo-mésial de la deuxième molaire inférieure ; à ce niveau, la muqueuse est gris-blanchâtre. Cependant, toutes les prémolaires et molaires qui existent sur la branche horizontale droite du maxillaire inférieur sont saines, sans carie, sans aucun signe d'arthrite alvéolo-dentaire.

Le malade, en dehors des anciennes poussées aiguës, n'accuse aucune douleur spontanée.

La radiographie montre un maxillaire osseux et des dents intacts, sans trace aucune d'infection.

L'examen bactériologique ne révèle dans le pus aucun filament mycélien.

Le diagnostic, pendant ces examens de laboratoire complémentaires, reste incertain et en suspens jusqu'au 7 juillet, c'est-à-dire jusqu'au deuxième examen, où la sonde plus que l'œil découvre, en arrière de la deuxième molaire inférieure, un cuspide de la dent de sagesse. Une palpation appuyée du vestibule d'avant en arrière permet de faire refluer du pus au niveau de la dent de sagesse, entraînant le diagnostic, c'est-à-dire la conviction qu'on était en présence d'un abcès migrateur du vestibule inférieur né d'une infection superficielle du sac péri-coronaire de la dent de sagesse.

Il ne pouvait être, en effet, question, nous le savions par l'examen bactériologique, d'actinomycose, ni d'ostéo-périostite, puisqu'il n'existait cliniquement et radiographiquement aucune infection dentaire ou osseuse.

L'adénite génienne banale a une cause locale : l'infection dentaire.

L'adénite génienne bacillaire relève d'une cause générale, et notre malade ne présentait à l'auscultation aucun signe de lésion pulmonaire.

Traitement. — D'ailleurs, le traitement devait être une excellente pierre de touche. Le 7 juillet, sous anesthésie locale, fut pratiquée, dans un premier temps, le décapuchonnage de la dent de sagesse, puis, immédiatement, dans un second temps, son extraction. De grands soins post-opératoires de propreté furent pris : lavages répétés de la plaie à l'eau oxygénée, badigeonnage au bleu de méthylène.

Le 10 juillet, la fistule cutanée était fermée. On commença, dès lors, à mobiliser la mâchoire inférieure avec de simples épingles à linge. En fin de juillet, la mâchoire inférieure avait acquis son abaissement normal. Dans la suite, le massage, sans la faire complètement disparaître, atténua la rétraction cutanée provoquée par la fistule.

OBSERVATION XII

(*Personnelle*)

Abcès migrateur. — Fistule jugale

Gom... Maurice, 20 ans, clerc de notaire.

Se présente le 7 mai 1926 pour une tuméfaction de la grosseur d'une noix, située dans la région génienne, portant à son sommet une fistule recouverte d'un enduit croutelleux.

Histoire de la Maladie.— Début il y a douze jours. A ce moment, sans avoir ressenti aucune douleur le malade a une sensation de chaleur dans la joue qui enfle rapidement. Trismus léger.

Le huitième jour, la tuméfaction atteint le volume d'une mandarine, et d'après les dires du malade, est entièrement située au-dessus du bord basilaire. La sensation de brûlure à son niveau est intolérable. Le vestibule, siège d'une tuméfaction, est incisé par son médecin, et une petite quantité de pus s'écoule.

Le lendemain, le trismus est très prononcé.

La mastication devient impossible.

On pratique alors une ponction du tégument au niveau de la face externe du maxillaire, à mi-distance entre l'angle et le menton. Le tégument présente une zone de fluctuation à ce niveau.

L'incision donne issue à du pus et le malade se sent soulagé.

Les douleurs et le trismus diminuent.

Les jours suivants, trois nouvelles ponctions auraient été pratiquées, le pus se reformant. La dernière n'apporte pas d'amélioration. Les douleurs, le trismus redeviennent marqués. Le malade a du mal à s'alimenter.

A l'examen on constate une tuméfaction du volume d'une petite mandarine qui, à première vue, en imposerait pour une adénite génienne, fistulisée.

Du pus sourd à son niveau, et forme un dépôt croûtelleux, acminé, entouré d'une zone violacée. L'expression fait sortir du pus.

Le bord basilaire, l'angle ne présentent rien de particulier. Examen endo-buccal. — Trismus limitant la béance inter-incisive à un bon travers de doigt.

La tuméfaction externe se continue avec celle du vestibule, qui conduit sur le capuchon tuméfié et douloureux, de la dent de sagesse. Celle-ci est saine et ne présente pas d'arthrite, pas plus que les autres dents.

Image radiographique normale.

La dent est extraite à l'élévateur droit après syndesmotomie, sous anesthésie locale. Elle est saine. Les jours suivants, amélioration notable, la douleur, le trismus disparaissent, la mastication se fait sans peine. Au bout de huit jours, seul persiste le noyau induré, fistulisé de la joue. Celui-ci rétrocède lentement et n'est complètement guéri qu'au bout de six semaines.

Le 20 Juillet le malade se présente à nouveau. Il ne présente plus rien à droite. Du côté gauche, douleurs irradiées vers l'oreille, trismus, abcès migrateur typique. La dent est extraite par le Docteur Lacronique. Quelques jours après, tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION XIII

Résumée (Drs Chompret et Richard)

Abcès buccinato-maxillaire et adénite génienne

Un ouvrier frappeur, nommé Vac..., âgé de vingt-quatre ans, se présentait pour la première fois à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis, le lundi 26 mai 1924, pour une tumeur inflammatoire siégeant à la partie inférieure de la face du côté gauche.

Histoire de la maladie. — Le début en est déjà ancien et remonterait, au dire du malade, à deux années environ. A ce moment, et périodiquement depuis, le malade avait présenté des fluxions du côté gauche de la face. Il y a trois semaines, des phénomènes plus accusés et plus douloureux l'inquiétèrent, et pour la première fois il consulta un dentiste. Il était alors atteint, dit-il, du côté gauche, d'une fluxion énorme siégeant surtout au niveau de la moitié inférieure de la face. Le dentiste, ne trouvant aucune dent suspecte, conseilla d'attendre et ordonna des lavages de bouche. Mais la fluxion persiste ; les douleurs, minimes au début, allèrent s'accentuant, et c'est ainsi que le malade, de plus en plus inquiet, fut amené à nous consulter.

Symptomatologie. — A notre premier examen, on put constater : extérieurement, une tuméfaction arrondie du volume d'une noix, siégeant à mi-longueur entre la symphyse mentonnière et l'angle du maxillaire du côté gauche, au-dessus de la ligne basilaire de la mandibule. La peau qui recouvre la tumeur est rouge et luisante. Au palper, on a l'impression de fluctuation sur toute l'étendue de la tuméfaction, avec zone d'empâtement périphérique.

Cet examen est douloureux, mais la douleur est limitée à la zone inflammatoire. En effet, en avant, du côté du menton, la sensibilité est normale ; en arrière, au niveau de l'angle du maxillaire, la pression profonde et appuyée ne révèle aucune douleur.

On ne trouve pas de ganglions dans les régions sous-mentale, sous-maxillaire ou angulo-maxillaire. Il existe une certaine gêne à l'ouverture de la mâchoire, et l'abaissement de celle-ci est limitée par un trismus léger. Le vestibule est à peine soulevé. Les dents recouvertes d'un enduit épais et de tartre, sont saines et vivantes ; à la percussion, elles ne sont pas douloureuses et, seule, la dent de sagesse non complètement évoluée est sensible à la percussion d'un instrument dur. Le doigt, en appuyant sur le petit soulèvement vestibulaire affaissé, fait apparaître, en face de la dent de six ans, un orifice fistuleux et quelques gouttes de pus crémeux.

De ce point au capuchon de la dent de sagesse, le vestibule montre une traînée inflammatoire rouge légèrement œdématiée.

Diagnostic. — En présence de tels accidents, à quoi peut-on penser ? Sans aucun doute à des accidents muqueux de la dent de sagesse, accidents anciens qui déterminèrent à maintes reprises des accidents inflammatoires, puis des abcès qui, bridés en bas et en arrière par la sangle musculaire du buccinateur, vinrent fuser en avant en face de la dent de six ans, à la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Puis, semble-t-il, dans un deuxième temps, ces abcès chroniques à répétition, dont le premier remonterait à deux ans, au dire du malade, ont donné naissance à la petite adénite génienne suppurée que nous avons constatée en avant du masséter et qui fait partie du groupe des adénites géniennes sus-maxillaires. Et, en effet, après interrogatoire du malade, on ne peut considérer la tuméfaction remarquée

sur la face externe de la mandibule comme la face externe même d'un abcès buccinato-maxillaire, car, le malade est très affirmatif sur ce point, à la suite du premier abcès du vestibule apparut dans la joue un petit noyau dur et roulant sous le doigt, et qui devait, dans la suite, grandir et suppurer.

Tout autre diagnostic ne saurait être retenu, car on ne trouve au niveau de la branche horizontale gauche du maxillaire aucune dent cariée, aucune complication infectieuse articulaire ou osseuse, aucune douleur en particulier au niveau de l'angle de la mâchoire.

Par conséquent, on ne saurait être en présence d'une ostéo-périostite de la dent de sagesse ou des autres molaires, ou des complications de cette prétendue lésion osseuse.

Le pronostic ne serait assombri qu'en cas de complications osseuses ou d'extériorisation à l'extérieur, et cela par non-intervention immédiate.

Traitement. — Aussi, incontinent, l'abcès génien fut-il ponctionné et la dent extraite. Quinze jours après, la guérison était complète.

OBSERVATION XIV

(*Personnelle*)

Abcès migrateur et phlegmon ligneux

Bau... René, 23 ans.

Se présente le 13 avril 1926 à la consultation de stomatologie de l'Hôpital Saint-Louis pour volumineuse tuméfaction de la joue droite, avec douleurs vives empêchant le sommeil.

Histoire de la maladie. — Il y a quatre mois, tuméfaction légère au niveau de la joue, douleurs au niveau du capuchon de la dent de sagesse, exagérées à la mastication, léger trismus.

Tout rentre dans l'ordre au bout de huit jours. Le malade n'a pas remarqué d'issue purulente.

Il y a trois semaines commencent les accidents actuels. N'ayant éprouvé aucune douleur au froid ni au chaud, le malade se réveille un matin avec une volumineuse tuméfaction à la partie moyenne de la face externe de la mandibule. Elle croît rapidement en même temps que le trismus qui limite l'ouverture des mâchoires à un travers de doigt. La tuméfaction devient le siège de douleurs non irradiées, accompagnées de sensation de chaleur et de cuisson.

Ces symptômes vont en croissant jusqu'au quinzième jour.

A ce moment, c'est-à-dire il y a huit jours, la peau est rouge, luisante, la tuméfaction est dure et le siège d'une sensation de chaleur continuelle. Les douleurs, lancinantes, pulsatiles, irradiées vers l'oreille, exagérées fortement la nuit, rendent tout sommeil impossible. Le malade est fébrile. La température est au-dessus de 38°. Il ne peut s'alimenter et cesse tout travail.

Examen. — Homme jeune, robuste. L'état général ne paraît pas très atteint.

La joue droite est déformée par une volumineuse tuméfaction limitée en bas, au rebord basilaire, en arrière au bord postérieur de la branche montante qu'elle déborde en arrière de l'angle. En

Photographie tardive du malade. On remarque les orifices cicatrisés d'évacuation du pus.

avant elle ne dépasse pas la commissure, en haut le niveau du plan d'occlusion.

Les régions avoisinantes sont infiltrées, la peau rouge luisante, brûlante au toucher.

La tuméfaction, adhérente aux téguments, est d'une dureté ligneuse. A sa partie moyenne, le doigt imprime un godet caractéristique. La douleur à ce niveau est vive.

Par contre, il n'y a pas de douleur provoquée à la pression du

rebord basilaire et de l'angle que l'on sent facilement. La région sous-maxillaire est libre.

Le trismus est serré et permet avec peine l'admission de l'auriculaire entre les arcades qui ne réveille aucune douleur le long de la table interne.

Les dents sont saines, et ne présentent pas d'arthrite.

Le vestibule est comblé en regard des molaires par une tuméfaction qui remonte dans la joue. La pression est douloureuse et fait sourdre le pus sous le capuchon de la dent de sagesse dont on aperçoit les cuspides antérieurs. Elle est indolore à la pression et immobile.

Par contre, la pression est horriblement douloureuse, au niveau de la ligne oblique externe, en dehors de la dent.

Le diagnostic est évident. Il ne peut s'agir d'un adéno-phlegmon, ni d'un accident osseux, mais d'un abcès migrateur buccinato-maxillaire, ayant évolué sous forme de cellulite phlegmoneuse. *La radio vient confirmer l'absence de lésions osseuses.* La dent est extraite le jour même, sous anesthésie locale, intra-ligamentaire, à l'aide du syndesmotome et de l'élévateur droit, par le Docteur Chompret. Elle est saine. Du pus s'écoule et la tuméfaction diminue considérablement. La température baisse à 38°.

Le malade est vu tous les jours et fait de grandes irrigations au bock. Les jours suivants, la tuméfaction jugale augmente. Le quatrième jour, l'incision vestibulaire donne issue à du sang, mais n'amène pas de pus. La tuméfaction de la joue est chaude, luisante, et s'étend vers le haut.

Le 1er *mai* on constate de la fluctuation au niveau du malaire et une ponction est pratiquée dans le service du Docteur Lemaître où on fait entrer le malade, dont la température dépasse 38°. La plaie alvéolaire est cicatrisée.

Le 5 *mai.* — Drainage filiforme : on passe six crins.

La tuméfaction diminue. Trismus toujours marqué.

Les douleurs ont disparu. — Température 38°.

Le 10 *mai.* — Incision de l'abcès qui donne issue à un pus jaune verdâtre bien lié, d'odeur fétide. Un drain est placé.

Le 11 *mai.*— La température est à 37°. L'état général s'améliore.

Le 22 *mai.* — Nouvelle collection, au niveau de l'angle externe de l'œil. Drainage filiforme. A l'incision on voit sourdre une gouttelette de pus, et on trouve un tissu cellulaire comparable à de l'étoupe.

L'analyse bactériologique montre la présence de staphylocoques. Rien de mycosique.

Le 1er *juin.* — Nouvel empâtement cervical, sous-rétro-angulo maxillaire. La peau est rouge vineux, infiltrée, dure et douloureuse.

Le 15 *juin.* — La suppuration est tarie, les incisions jugale et sous-orbitaire fermées, la tuméfaction cervicale dégrossit lentement

sans aboutir à la suppuration. Le malade est en bonne voie de guérison. Il n'est plus revu.

En résumé, l'infection a envahi le tissu cellulaire cutané et revêtu la forme d'un véritable phlegmon ligneux.

OBSERVATION XV

(*Dr Gornouec* in Revue de Stomatologie 1926, nº 9)

Nécrose osseuse consécutive à un abcès migrateur

M. B..., âgé de vingt-six ans, célibataire, employé de commerce, se présente à la consultation de notre maître, M. Chompret, à l'Hôpital Saint-Louis, le 10 novembre 1925. Il vient pour deux choses : 1º il souffre de douleurs spontanées, intenses, à caractère névralgique, dans l'hémi-face gauche, et, 2º il présente une fluxion de la joue de ce côté.

L'histoire de son affection est des plus simples. C'est le vendredi 31 octobre, au lever, qu'il éprouve pour la première fois une douleur spontanée dans la région de l'angle mandibulaire du côté gauche. Cette douleur sourde, continue, augmente et s'exagère pendant la mastication. Il se rend le soir même chez un dentiste, qui, dès ce moment, note une infiltration de tous les plans cutanéo-muqueux de la joue gauche, dans la région de l'angle et conseille des lavages de bouche très chauds et fréquents. Samedi, dimanche, les phénomènes persistent avec la même intensité ; lundi, ils s'exagèrent ; les douleurs plus vives irradient vers l'oreille, l'enflure plus marquée s'impose à l'attention du malade. La gêne à l'ouverture de la bouche apparaît. Il revoit son dentiste, qui lui prescrit des bains de bouche émollients et calmants.

Les jours qui suivent, les phénomènes douloureux et inflammatoires s'accentuent, s'exaspèrent, acquièrent une gravité alarmante pour le patient. Ce n'est cependant qu'après une semaine de souffrances, d'une acuité extrême, et alors que tous les autres symptômes (tuméfaction, trismus) se sont aggravés, que M. B... se décide enfin à venir consulter à l'hôpital.

A l'examen, deux choses attirent immédiatement l'attention. C'est, d'une part, l'atteinte profonde de l'état général, et c'est, d'autre part, l'asymétrie considérable de la face, déformée par une tuméfaction énorme qui soulève la joue gauche et fait bomber la région sous-maxillaire de ce côté. Cet homme jeune, vigoureux, a le teint jaune terreux, plombé, d'un malade profondément infecté; les traits sont tirés: des cernes profondes soulignent les yeux; la sueur perle sur le front ; les mains sont chaudes et moites ; le pouls est rapide et nul doute que la température oscille autour de 39º, ainsi qu'il nous l'affirme.

Localement, une tuméfaction siège à gauche et s'étend depuis l'orbite, en haut à la région sous-maxillaire qu'elle soulève en bas ; du sillon naso-génien en avant à l'espace rétro-angulaire en arrière.

Les téguments ont une coloration spéciale ; sur un fond jaune, blafard, tranchent des pommettes rouges, violacées. A la palpation méthodique, douce et progressive, faite sur toute l'étendue de la tuméfaction, on note les faits suivants : seuls les plans superficiels sont infiltrés ; ils sont mobiles sur les plans profonds osseux ; de la douleur existe sur toute l'étendue avec un point maximum dans une région située un peu au-dessus du bord basilaire, en avant du masséter, en arrière du menton. En ce point, une palpation profonde permet de sentir une masse allongée, rénitente, et laisse un godet caractéristique ; partout ailleurs, la tuméfaction est persistante, non fluctuante.

Un examen attentif de la mandibule montre l'intégrité de la branche montante, de la région angulaire et de la branche horizontale, tout au moins pour tout ce qui est perceptible par la palpation externe. A signaler une douleur légère recto-angulaire. Dans la région sous-maxillaire, trois ganglions assez volumineux de la grosseur d'une amande, bien limités encore, mais de consistance diminuée et douloureux, sont perceptibles. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité de la région mentonnière.

L'examen endo-buccal est rendu difficile par un trismus assez serré, qu'une pression douce et continue sur les arcades dentaires arrive à vaincre. Les mâchoires écartées, nous sommes frappés par la splendeur de la denture aux organes d'une belle coloration blanc jaunâtre, trapus, que la carie semble avoir respectés. Ecartant du doigt les commissures, l'œil, embrassant alors l'ensemble de la cavité buccale, découvre dans le vestibule inférieur gauche une masse allongée, boudinée, qui soulève une muqueuse rouge foncé et qui vient masquer la face vestibulaire des molaires et des prémolaires. Nous portons toute notre attention de ce côté ; nous aidant d'un miroir comme réflecteur et écarteur, nous nous rendons compte que cette tuméfaction se continue en arrière avec la muqueuse rétro-molaire, laquelle, sous forme de capuchon, masque au regard la dent de sagesse.

La palpation du vestibule réveille une douleur très vive et maxima au regard de la deuxième prémolaire ; là existe une fluctuation très nette et une pression méthodique fait sourdre du pus sous le capuchon muqueux. Ce capuchon est déchiqueté, ulcéré, irrégulier, en lambeaux, rouge, gonflé, œdémateux ; il sert de clapet à une cavité rétro-dentaire que le stylet explore, non sans provoquer une légère douleur et permettant à une petite quantité de pus de s'échapper. A l'aide de cet instrument, on arrive à situer la couronne, sa forme, ses dimensions.

La palpation digitale de la face interne, linguale, de l'os, difficile, ne révèle aucune déformation et ne réveille aucune douleur.

Le plancher de la bouche paraît indemne, ainsi que le pharynx.

L'examen minutieux des dents de ce côté permet d'affirmer leur intégrité absolue : toutes sont saines ; il en est d'ailleurs de même pour le reste de la denture.

Diagnostic. — Le diagnostic ne souffre pas de difficulté : il s'agit d'un cas typique et classique d'abcès « maxillo-buccinateur ».

Intervention. — Devant la gravité des lésions, le mauvais état général du malade, avec M. L'hirondel, nous décidons d'intervenir immédiatement et par le traitement le plus énergique, à savoir : l'ouverture large et profonde de l'abcès suivie de l'avulsion de la dent causale. Sous anesthésie locale par infiltration, associée à une tronculaire faite à l'épine de Spix, la collection est incisée au bistouri par la voie vestibulaire. Il s'écoule un pus abondant, bien lié, fétide, anaérobie. Après *syndesmotomie énergique et complète* de la dent de sagesse, on procède à son avulsion à la langue de carpe. Un lavage abondant à l'eau oxygénée termine cette intervention ; les soins habituels post-opératoires sont prescrits.

Suites opératoires. — C'est seulement deux jours après que nous revoyons le malade ; il nous apprend que, dans les heures qui ont suivi l'extraction, tous les phénomènes ont présenté une recrudescence marquée. Les douleurs ont redoublé d'intensité, la tuméfaction a augmenté de volume, comme si elle avait subi un coup de fouet. Mais, quand le malade se présente à nous, il existe une amélioration très nette de l'état général et des symptômes locaux. La tuméfaction est moins étendue, moins saillante ; la suppuration, par contre, persiste abondante.

Les jours suivants, l'amélioration est à peine sensible ; les phénomènes fluxionnaires régressent, mais lentement ; la suppuration et le trismus persistent.

Le huitième jour, la tuméfaction siège surtout le long du bord basilaire ; à la palpation, elle est dure, fait pour ainsi dire corps avec l'os, elle est très douloureuse. Les ganglions sous-maxillaires sont moins volumineux, plus consistants. Ce qui frappe, c'est la persistance d'un teint blafard, plombé, de la joue gauche.

Le neuvième jour (19 novembre), pour la première fois, nous trouvons à l'examen une mobilité très nette des dents de l'arcade inférieure gauche, de la dent de douze ans à la canine. En regardant de plus près, la gencive est décollée du côté vestibulaire et la pression fait sourdre du pus de ce côté au collet des deux molaires. Le stylet pénètre le long des racines du côté vestibulaire sur plusieurs millimètres et permet d'affirmer la disparition de la table alvéolaire externe. Les dents répondent paresseusement aux réactions thermiques ; la sensibilité de la région mentonnière est émoussée. Dès ce moment, nous envisageons l'existence d'un foyer d'ostéite à marche nécrosante ; une radiographie de l'hémi-mandibule est demandée, ainsi qu'une réaction de Bordet-Wassermann, quoique rien, dans l'examen général du malade et ses antécédents, ne permette de penser à la syphilis. Une analyse d'urine faite le même jour que la prise de sang, montre l'absence de sucre et d'albumine. L'épreuve radiographique montre peu de choses en réalité ; il existe cependant au regard des apex des molaires une zone

plus sombre, limitée par une bordure irrégulière, dentelée, qui permet de soupçonner un séquestre, mais non de l'affirmer.

La séro-réaction est négative ; malgré tout, nous prescrivons du stovarsol sous forme de comprimés, dans l'intention de stimuler d'une part les défenses de l'organisme et de lutter, d'autre part, contre l'infection (spirilles). Devant la persistance de la suppuration au collet des dents et la probabilité d'un foyer ostéitique profond, nous décidons d'inciser à nouveau les plans cellulo-muqueux et périostiques du vestibule ; le bistouri sectionne jusqu'à l'os depuis la molaire jusqu'à la canine ; du pus mélangé d'une grande quantité de sang sourd par la brèche pratiquée.

Les jours suivants, la mobilisation des dents s'exagère ; le pus persiste toujours aussi abondant au collet du côté vestibulaire ; l'hypoesthésie mentonnière est des plus manifeste. L'incisive latérale à son tour se prend ; elle est mobile, du pus apparaît à la sertissure de son collet.

Aussi, le 26 novembre, devant l'aggravation de la situation locale, avec notre maître, M. Chompret, nous décidons de faire la part du feu. Sous anesthésie au chlorure d'éthyle, les deux molaires et les deux prémolaires sont avulsées. Dès le lendemain, le malade accuse une amélioration très notable de tous les symptômes généraux, fonctionnels et physiques ; la fluxion a diminué, la suppuration est moins abondante, la tuméfaction osseuse elle-même est moins saillante, moins dure. Seule persiste de la suppuration qui apparaît par les alvéoles déshabités et au collet de la canine et de l'incisive latérale ; cette dernière est de plus en plus mobile. Dans les jours qui suivent, l'incisive centrale menace de se prendre ; elle est légèrement mobile. Le 30 novembre, nous sacrifions la canine et l'incisive latérale.

A partir de ce jour, l'amélioration est considérable, mais la suppuration persiste et l'examen au stylet montre un os dénudé, sonnant clair sous le choc. Une radiographie faite à cette date montre la présence de plusieurs séquestres de la branche horizontale et de la branche montante, séquestres aux bords irréguliers, déchiquetés. Le malade est suivi tous les jours et examiné avec beaucoup de soin pour surprendre le moment où « le mort sera séparé du vif » ; la mobilité des séquestres marquera le moment opportun de les cueillir.

Une première intervention est faite par le Docteur Lacronique, sous anesthésie locale, le 6 décembre, et permet de retirer un gros séquestre de la table externe de l'os, situé au regard de l'alvéole de la canine et de la première prémolaire.

Quatre jours après une seconde intervention pratiquée par nous, sans anesthésie, permet avec la plus grande facilité de cueillir trois séquestres qui représentent encore la table externe de l'os nécrosé ; le premier comprend les alvéoles de la deuxième prémolaire et de la première molaire ; le deuxième, plus étendu, va de la deuxième molaire à la partie inférieure de la branche montante ;

le troisième, plus petit, en forme de coing, répond à la partie inférieure de la face externe et est intermédiaire aux deux précédents.

Ces séquestres ont des bords irréguliers, déchiquetés, friables ; l'os est creusé de géodes remplies de fongosités ; le tout donne une apparence en nid d'abeilles, mais aux alvéoles irréguliers.

L'amélioration marche dès lors à grands pas ; douleurs, suppuration, tuméfaction disparaissent. Le malade élimine encore spontanément un tout petit séquestre qu'il nous apporte. Revu trois semaines après, la guérison est absolue ; il n'y a plus trace de trajet fistuleux, de suppuration ; l'os est solide, régulier, non douloureux ; l'incisive centrale est solidement implantée, ; ses réactions aux agents physiques sont un peu obtuses, ce qu'explique facilement la persistance d'une hypoesthésie dans le domaine du nerf mentonnier.

Le 4 avril 1926, nous avons convoqué à nouveau M. B... Nous avons revu un homme complètement transformé, au teint floride, à l'œil clair, au moral excellent, tout heureux d'avoir retrouvé un os solide, résistant, reconstitué de telle sorte qu'à l'examen que nous pratiquons nous ne pouvons cacher notre étonnement de l'excellence de la réparation. La sensibilité de la zone mentonnière est quasi normale.

Une radiographie est demandée ; elle confirme les résultats de l'exploration physique de l'os ; il s'agit d'un os épais, compact, normalement calcifié et d'une belle hauteur.

OBSERVATION XVI

Communiquée par le Dr Ruppe (Service du Dr Lemaître)

Migration du pus en dedans

M. Le....., 50 ans. — Juin 1924.

Présente, à gauche, des douleurs vives irradiées vers l'oreille. Dysphagie. Trismus léger.

Examen. — Volumineux œdème de la muqueuse de la face interne du maxillaire inférieur, douloureux à la pression.

L'œdème se continue et forme une tuméfaction au niveau de la face externe du plancher du côté correspondant au niveau de la région sous-maxillaire. Sa partie antérieure est souple.

Le bord de la langue nettement perçu. — Les dents sont saines. Pas d'arthrite.

La radio confirme l'examen clinique et montre la dent de sagesse verticalement dirigée et n'ayant pas achevé son évolution. Le capuchon à ce niveau est légèrement tuméfié et douloureux. Les jours suivants, la poussée fluxionnaire rétrocède et tout rentre dans l'ordre.

Le malade n'est pas revu.

OBSERVATION XVII

Communiquée par le Dr Ruppe (Service du Dr Lemaître)

Abcès ayant fusé à la face interne du maxillaire

Madame B..., 35 ans. Vient consulter le 15 mai 1923, pour douleurs vives et trismus.

Début, il y a six jours, par des douleurs névralgiformes dans l'hémi-face droite.

Le lendemain, apparaît dans la cavité buccale, la tuméfaction qu'elle présente actuellement à droite.

Examen. — Douleurs vives, irradiées dans l'oreille, accompagnées de dysphagie. — Trismus.

Léger œdème en dedans de l'angle.

Le sillon gingivo-jugal externe est libre. On ne sent rien à la palpation de la face externe, du rebord basilaire et de l'angle du maxillaire. Pas de douleur provoquée.

Par contre, la palpation en dedans de l'angle décèle une tuméfaction, le long de la table interne.

L'examen endo-buccal est rendu difficile par le trismus qui admet le doigt entre les arcades.

On constate une volumineuse tuméfaction le long de la table interne de la branche horizontale droite ; elle se continue avec un œdème marqué avec rougeur du pilier antérieur. Le plancher est souple.

La dent de sagesse, est partiellement recouverte d'un capuchon, tuméfié et douloureux. Les dents sont saines. Pas d'arthrite. Rien à la radio.

Le 17 mai 1926. — La collection est incisée, il s'écoule du pus et du sang.

Tout rentre dans l'ordre les jours suivants.

OBSERVATION XVIII

(*Lemaire*)

Une jeune femme de 24 ans nous fait appeler sur le conseil de son docteur. Tempérament nerveux. Pas d'antécédents pathologiques personnels ou héréditaires. Il s'agit de l'inflammation du capuchon muqueux qui recouvre en partie la 3e grosse molaire inférieure droite ; l'érythème a atteint les deux amygdales palatines, la luette et la base du voile du palais.

Hypertrophie de l'amygdale droite très prononcée ; enduit pultacé. Dysphagie. État fébrile : To axillaire 38o5.

Nous sommes en présence d'une phlegmoneuse en cours avec localisation sur l'amygdale droite.

Le lendemain l'œdème a gagné la luette et le voile du palais.

Débridement du capuchon muqueux. Cette malade avait eu 3 angines en l'espace d'un an.

Le lendemain situation identique du côté du pharynx, mais le trismus est plus accentué.

Pensant alors à l'hypothèse d'un abcès périostique odontogène, dont l'avait tout d'abord écarté l'absence apparente d'une infection gingivale, M. Escat explore attentivement la région alvéolaire et découvre enfin, après de minutieuses recherches une solution de continuité sur la face postéro-externe du capuchon muqueux qui recouvrait la dent de sagesse inférieure gauche. Un stylet recourbé lui permet de reconnaître la dent au fond du trajet, etc.

OBSERVATION XIX

(*Personnelle*)

Madame Rig..., 31 ans, sans profession. Se présente le 8 mars 1926 à la consultation pour douleurs névralgiques sur le trajet du nerf maxillaire inférieur droit.

En novembre dernier, crises de douleurs spontanées, irradiées vers l'oreille, à prédominance nocturne, dans le territoire du maxillaire inférieur.

Ces douleurs persistent pendant un mois, puis disparaissent ; la dent n'est pas douloureuse à la mastication.

Elles reparaissent au moment des règles.

Mardi dernier, les douleurs réapparaissent avec une intensité toute particulière ; elles s'irradient vers l'oreille et le menton et tout le vertex.

Elles sont spontanées et particulièrement vives la nuit. Le froid, le chaud semblent sans action. La dent est douloureuse à la mastication, donne une impression d'allongement.

Examen. — On se trouve en présence d'une femme au bon état général.

On est immédiatement frappé par la présence d'une tuméfaction marquée de la région *sous-maxillaire et sous-angulo-maxillaire*, remontant légèrement vers la joue. A la commissure du même côté, on constate un bouquet d'herpès.

La palpation montre que cette tuméfaction est surtout marquée au niveau de l'angle, à la face *interne* de l'os, à laquelle elle est adhérente. Sa consistance est ferme. La pression est très douloureuse, surtout au niveau de l'angle, empâté, où elle réveille une douleur très vive.

L'os ne présente ni déformation, ni douleur, au niveau de la table externe et du rebord basilaire.

Il n'y a pas de ganglions.

Examen endo-buccal. — L'ouverture de la bouche est presque impossible, à cause d'un trismus marqué et on obtient avec peine un écartement d'un travers de doigt entre les incisives.

L'examen de la bouche est cependant possible.

Il montre celle-ci dans un état déplorable, les dents sont recouvertes de tartre et le siège de nombreuses caries.

Le vestibule est libre. A la pression on réveille une douleur sur la paroi alvéolaire externe de la dent de sagesse. Mais c'est surtout à la palpation de sa paroi alvéolaire interne que la douleur est marquée.

En même temps, elle montre près du bord basilaire une tuméfaction douloureuse adhérente à l'os et se continuant avec la tuméfaction sous-angulo-maxillaire.

La dent de sagesse est le siège d'une carie profonde, disto-triturante. Elle est légèrement mobile et douloureuse à la percussion verticale. Elle est complètement évoluée sur l'arcade.

La deuxième molaire voisine est saine et indolore à la percussion. La première molaire est absente.

A gauche, la dent de 6 ans est réduite à l'état de racines. Les dents, au maxillaire supérieur, sont recouvertes de tartre.

Le plancher buccal est souple. *Radio. Raréfaction périapicale. Le diagnostic est évident.* A la suite d'une pulpite aiguë est apparue une *mono-arthrite apicale* suppurée de la dent de sagesse, ayant abouti à l'ostéo-périostite et l'ostéo-phlegmon de la table interne de la région angulaire.

Intervention. — Anesthésie locale. La dent est cueillie sans difficulté.

Elle porte un granulome à l'apex de la racine distale. La pulpe est atteinte de gangrène totale.

OBSERVATION XX

Communiquée par M. le Dr Ruppe (Service du Dr Lemaître)

Accident osseux primitif au niveau de la deuxième molaire aggravé par la présence d'une dent de sagesse incluse. — Accidents graves consécutifs dus à celle-ci, avec nécrose osseuse.

Des....., Paulette, âgée de 20 ans. Entre le 10 mai 1923 dans le service du Dr Lemaître, salle Lorry, pour accidents infectieux graves au niveau de l'angle maxillaire inférieur droit.

Histoire de la maladie. — La malade possédait une deuxième molaire inférieure droite, cariée depuis longtemps, sans avoir jamais présenté de poussée inflammatoire ni de fistule.

Le 2 mai. — Un abcès se développe au niveau de cette dent.

Le 5 mai. — L'avulsion de cette dent est pratiquée en ville. Des douleurs intenses surviennent après l'extraction. Le lendemain, le trismus est marqué. En même temps apparaît un gros œdème inflammatoire, occupant la joue au niveau de l'angle du maxillaire.

Les téguments sont rouges, chauds, douloureux et tendus.

En dedans du bord inférieur du maxillaire existe un œdème identique.

Le cul-de-sac gingivo-jugal est empâté.

Le trismus ne permet pas de palper la face interne du maxillaire.

Le plancher de la bouche est normal à sa partie antérieure.

Le 10 mai. — Il s'écoule du pus spontanément ; sérosité roussâtre, très malodorante au niveau de l'alvéole.

On enlève des débris sphacélés au niveau du foyer d'extraction.

L'os est dénudé.

Il s'écoule du pus lorsqu'on pratique l'expression aussi bien en dehors sur la table externe, qu'en dedans sur la table interne. Il semble donc qu'il y ait deux collections.

Le 10. — On injecte : 20 cc. de sérum anti-gangréneux ; 10 cc. de sérum anti-vibrion septique.

Le 11 et le 12 : mêmes doses. — Amélioration progressive des symptômes. Il s'écoule toujours beaucoup de pus. Les douleurs n'existent plus que la nuit.

L'œdème inflammatoire rétrocède. Chute de la température en lysis.

L'examen bactériologique du pus montre de nombreux bacilles fusiformes et des coccis. Les anaérobies n'ont pu être identifiés faute de milieux de culture appropriés.

14 mai. — Grosse réaction sérique. Urticaire.

Dans les jours qui suivent, la température persiste, oscillante entre 38° et 39°. L'état local est stationnaire. La suppuration, bien que plus fluide, est encore abondante, les phénomènes douloureux sont atténués.

Devant la persistance de ces symptômes, on abandonne la pensée qu'il s'agit uniquement d'une collection sous-muqueuse et on se demande s'il ne s'agit pas d'accidents osseux, comme l'avait d'emblée pressenti le Docteur Apart.

On fait une radiographie. Elle montre l'existence d'une dent de sagesse dont la face triturante affleure le rebord alvéolaire, obliquement orientée dont les racines n'ont pas achevé leur calcification. Aspect floconneux de la branche montante et de la partie postérieure de la branche horizontale. Zone de raréfaction osseuse autour de la dent de sagesse.

Intervention le 26 mai. — Incision vestibulaire. On rugine le rebord alvéolaire. La dent de sagesse apparaît. On agrandit l'orifice à la gouge. On fait l'ablation de la dent et de cinq séquestres. Avec le doigt, on explore la cavité qui est très profonde.

On constate une térébration large de la table externe. La table externe est perforée à sa partie inférieure, ce qui explique la double collection constatée cliniquement.

Même symptomatologie les jours suivants.

20 juin. — *Nouvelle radiographie.* — Elle montre une solution de continuité siégeant entre la branche montante et la branche horizontale et de gros séquestres.

21 *juin.* — Intervention par voie vestibulaire. On enlève deux gros séquestres dont l'un représente *l'angle du maxillaire*, et l'autre une grande partie de la branche montante. Quelques petits séquestres sont également retirés. La cavité osseuse paraît nette.

Amélioration marquée les jours suivants.

La température tombe.

La malade sort de l'hôpital et n'est plus revue.

OBSERVATION XXI

(*Personnelle*)

Madame Tau..... Anna, 57 ans, ménagère.

Se présente le 5 mai 1926 à la consultation de stomatologie de l'hôpital Saint-Louis, pour une volumineuse tuméfaction sous-maxillaire et des douleurs vives.

Histoire de la maladie. — Il y a un mois environ, apparaissent des douleurs spontanées, d'abord intermittentes, puis continues à prédominance nocturne, au niveau de l'unique molaire inférieure droite que possède la malade. Cette dent était légèrement mobile depuis un certain temps. Les douleurs deviennent bientôt très vives, s'irradient vers l'oreille, empêchent le sommeil. Il y a quinze jours leur acuité redouble. La dent, jusque-là indolore, devient sensible à la mastication et même au contact de la langue. Elle donne une sensation d'allongement.

En même temps apparaît une tuméfaction en dedans de l'angle qui va en croissant les jours suivants, et s'accompagne de trismus. Les douleurs, exagérées la nuit, sont pulsatiles, gravatives, lancinantes, empêchant tout sommeil. La dysphagie est marquée.

Examen. — Ce qui frappe au premier abord, c'est la tuméfaction. Celle-ci est volumineuse et occupe toute la région sous et rétro-angulo-maxillaire. Au niveau de l'angle elle remonte vers la joue.

La peau est rouge, rosée au niveau de la tuméfaction. Sa consistance est d'une dureté ligneuse. La palpation est douloureuse, particulièrement sur le bord postérieur de la branche montante immédiatement au-dessus de l'angle.

Examen endo-buccal. — Rendu difficile par un trismus intense.

En bas, à droite, le sillon vestibulaire est libre, à part la dent de sagesse, les molaires et prémolaires sont absentes.

La pression sur l'alvéole externe de la dent est douloureuse. La palpation de la table interne est impossible parce qu'inaccessible.

Avec le miroir, on constate une volumineuse tuméfaction dans la partie postérieure de la branche horizontale vers l'angle. Le contact du miroir est très douloureux.

La dent de sagesse est indemne de carie, mobile, douloureuse à la pression verticale.

La gencive est décollée à son niveau et la sonde pénètre dans l'alvéole jusqu'à l'apex.

La dent est complètement évoluée.

A la mâchoire supérieure, toutes les dents sont présentes. Elles sont saines.

A la mâchoire inférieure les autres dents sont saines.

Diagnostic. — Il ne souffre pas de difficultés, et on reconstitue facilement l'histoire clinique.

Il s'agit d'une dent unique sur l'arcade devenue mobile sous l'influence des traumatismes masticatoires et dont l'alvéole s'est progressivement résorbée, amenant l'infection et la mortification pulpaire par voie alvéolaire rétrograde.

Il en est résulté une mono-arthrite apicale qui s'est compliquée d'ostéo-phlegmon de la table interne de l'angle.

La radio montre une zone de raréfaction apicale nette au niveau de la dent de sagesse.

Intervention. — Anesthésie locale. La dent est cueillie sans difficulté, à l'aide de l'élévateur coudé, introduit, grâce à l'absence des molaires du même côté. Granulôme à l'apex. Il s'écoule peu de pus.

L'infection ne rétrocède pas les jours suivants, mais augmente de volume.

La malade est admise dans le service du Docteur Lemaître. On est amené à faire une incision externe sous-angulo-maxillaire.

Peu de pus. Propidon. Température 38°. Aspect de phlegmon ligneux.

La malade est revue guérie au bout de deux mois.

CONCLUSIONS

I. — Le nom « d'accident de dent de sagesse » doit être uniquement réservé aux affections relevant du processus d'éruption de la dent. On élimine ainsi toutes les lésions banales d'origine dentaire concernant une dent de sagesse évoluée.

II. — L'accident initial d'éruption de dent de sagesse est toujours une péricoronarite suppurée.

Cet accident est dû à la communication du sac péricoronaire avec la cavité buccale et à la présence d'un capuchon muqueux au-dessus de la couronne de la dent, d'où une cavité close et déclive où se collecte le pus.

III. — Habituellement, l'infection reste légère et ne donne lieu qu'à une infection banale du capuchon muqueux ou à des accidents légers à distance à allure subaiguë (stomatite, adénite, angines à répétition).

IV. — Dans d'autres cas plus sérieux et relativement fréquents, l'infection se propage dans les tissus cellulaires contigus ;

Le plus habituellement en dehors donnant l'abcès buccinato-maxillaire de MM. Chompret et L'hirondel ;

Très rarement en dedans vers le plancher buccal ;

Quelquefois vers le voile constituant un phlegmon péri-amygdalien ;

V. — L'infection peut également se propager par voie lymphatique, mais il est rare qu'elle aboutisse à la production d'un adéno-phlegmon,

VI. — Les accidents osseux dus à l'éruption sont classiquement considérés comme fréquents ;

Or, la péricoronarite, accident initial de tout accident d'éruption, ne se propage jamais directement de la dent à l'os sous-jacent ;

On ne peut donc pas dire que l'éruption de la dent de sagesse provoque des accidents osseux.

Ce qui a été étiqueté accidents osseux relève :

Ou d'une mono-arthrite apicale suppurée consécutive à la gangrène pulpaire ou à la pyorrhée alvéolaire de la dent de sagesse évoluée ;

Ou d'accidents osseux dus à une mono-arthrite apicale suppurée de la deuxième molaire, s'étendant à la zone où se trouve incluse la dent de sagesse.

Enfin, il nous paraît que bien des accidents aigus cellulaires périmandibulaires ont été, à tort, étiquetés accidents osseux.

Dans la plupart des cas, l'examen clinique seul permet de poser le diagnostic avec évidence. En cas de doute, la radiographie permet de faire la discrimination entre les accidents cellulaires ou osseux.

VII. — En dehors des cas bénins où les soins locaux et la résection large du capuchon peuvent suffire, l'extraction de la dent s'impose dès que les accidents deviennent sérieux. Elle suffit pour amener la guérison rapide dans la plus grande majorité des cas.

Vu : *Le Président de Thèse,*
Lecène.

Vu : *Le Doyen,*
Roger.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur, l'Inspecteur d'Académie,
Maurellet.

BIBLIOGRAPHIE

Adain. — Le canal mandibulaire et les accidents de la dent de sagesse.

Beltrami. — Sur quelques accidents dus à l'évolution de la dent de sagesse (*Marseille-Médical*, 1902).

Burt. — Accident d'évolution de la dent de sagesse (*Rev. d'Odontol.*, 1896).

Bercher. — Contribution à l'étude de l'étiologie des Stomatites ulcéreuses avec symbiose fuso-spirillaire. — *Rev. Stom.*, 1920.

Brocq et Monier. — Traitement chirurgical des accidents initiaux de la dent de sagesse inférieure.

Calmels. — Nécrose du maxillaire inférieur consécutive à l'éruption de la dent de sagesse (*Th. Paris*, 1878).

Capdepont. — Pathogénie des accidents de dent de sagesse (*Revue de Stomatologie*, Juillet 1901).

— Recherche méthodique d'une dent de sagesse en évolution ou incluse (*Rev. Stom.*, 1902, p. 236).

— Quelques considérations anatomiques et pathogéniques sur le sac folliculaire. (*Rev. Stom.*, 1902).

— Rôle et Mécanisme de l'infection dans les accidents de dent de sagesse (*Rev. Chirurg.*, XXX, nº 6, 10 Juin 1910).

Canuyt. — Les infections amygdaliennes et les suppurations péri-amygdaliennes d'origine dentaire. (*Arch. Inter. Laryngologie*, Sept.-Oct. 1922).

Chevassu. — De quelques accidents causés par l'éruption et la déviation de la dent de sagesse (*Th. Paris*, 1873).

Chompret et L'hirondel. — Un accident muqueux de la dent de sagesse : l'abcès migrateur du vestibule inférieur ou abcès buccinato-maxillaire. (*Rev. Stom.*, T. XXVII, nº 4, Avril 1925.

Cornudet. — De la dent de sagesse en général, et en particulier des accidents provoqués par son éruption. (***Th. Paris***, 1886.)

Cruet. — Pathogénie des accidents de la dentition. (*Rev. Stom.*. Oct. 1899).

— Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche (Paris, 1895).

Delacour. — Accidents de l'éruption de la dent de sagesse. (*Journal Sc. Méd. de Lille*, 1892).

Delguel et Despine. — Accidents de la dent de sagesse. (*Soc. Méd. et Chirurg.* Bordeaux, Janvier 1905).

Dieulafé et Herpin. — Accidents de dent de sagesse. (*Rev. Chirurgie*, Oct. 1907).

— Article in *Traité de Stomatologie*, de Gaillard et Nogué, (T. II, Paris, 1910, p. 290).

Escat. — De l'abcès périostique juxta-amygdalien ou abcès périostique odontogène, localisé à la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur. (*Archives internationales de Laryngologie*, 1908, nº I, T. XXVI. Paris).

Frey et Ruppe. — Pathologie des dents et de la bouche. (Paris, 1924).

Fargin-Fayolle. — L'accident de dent de sagesse et en général l'accident de dentition. — La péricoronarite dentaire. (*Presse Médicale*, 19 Nov. 1910).

— Article : Accidents de la dentition, in *Traité de Stomatologie*, de Gaillard et Nogué (T. II, p. 277).

Forgue. — *Précis de Pathologie externe* (T. II, Paris, 1922).

Frey. — Trois observations d'accidents de dent de sagesse inférieure (*Odontologie*, Oct. 1909.)

Frey et Ruppe. — Pathologie des dents et de la bouche. (Paris, 1924).

Friteau. — *Manuel du Chirurgien-Dentiste.* (Paris, 1925).

Galippe. — Note sur les lésions présentées par la dent de sagesse dont l'éruption a été accompagnée d'accidents infectieux. (*Journal des Connaissances médicales pratiques*, 1892, IX, p. 258).

— Du rôle des parasites infectieux dans la genèse des accidents de l'évolution de la dent de sagesse. (*Journal Conn. médic. pratiques*, 1885).

Gibert. — De l'abcès périostique juxta-amygdalien odontogène. (*Th. Toulouse*, 1908).

Haloua. — Multiples et infructueuses interventions chirurgicales à la suite de complications d'accidents de dent de sagesse. (*Odont.*, Juillet 1911, p. 63).

Herpin. — Morphogenèse du maxillaire inférieur et accidents de dent de sagesse.

Heydenreich. — Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse. (*Th. Paris*, 1878).

— Article in *Traité de Chirurgie*, Duplay et Reclus.

Lasudrie. — Sur un cas d'accident grave de la dent de sagesse. (*Rev. Stom.*, 1904).

Lemaire. — Les angines à répétition d'origine dentaire. (*Odont.*, 15 Déc. 1907).

Lenormant. — *Précis de Pathologie Chirurgicale* (T. II, Masson, édit.).

Magitot. — Contribution à l'étude des accidents de l'éruption de la dent de sagesse inférieure. (*Gaz. Hebd. Méd.*, Paris, 1879, XVI, 35).

Malassez et Galippe. — Débris épithéliaux paradentaires. — Paris, 1910.

Mautegazza. — Sur l'atrophie et l'absence des dents de sagesse. (*Bull. Société Anthropologie*, 1878).

Moty. — Pathogénie de l'évolution vicieuse des dents de sagesse. (*Gaz. Hôp.*, Paris, 1897).

— Accidents causés par les dents de sagesse. (*Rev. de Chirurg*, 1901).

Morestin. — La dent de sagesse. Les accidents de son évolution. (*Etoile Médicale*, Déc. 1904).

Nogué. — Accidents de la dent de sagesse. (*Arch. de Stomatol.*, 1902).

Ombrédanne. — Accidents de dent de sagesse (*Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet, Paris, 1909).

Orize. — Sur un cas d'adéno-phlegmon consécutif à un traumatisme d'une dent de sagesse. (*Rev. de Stom.*, Janv.-Fév. 1910).

H. Pelletier. — Contribution à l'étude de la Phylogenèse du maxillaire inférieur. (*Bull. Soc. Anthrop. de Paris*, 1902, n° 5).

Piétkiewicz. — De l'évolution pathologique de la dent de sagesse. (*C. R. de la Société de Stomatologie*, T. III).

Pitot. — Des accidents osseux de dent de sagesse. Contribution à l'étude de leur pathogénie. (*Th. Bordeaux*, 1895).

Poirier. — Ostéologie.

— Myologie.

Pont. — *Précis des Maladies des dents et de la bouche.* (Paris, 1921).

— Accidents tardifs de la dent de sagesse. (*Province Dentaire*, 1913).

Prevel. — Accidents de la dent de sagesse. (*Odont.*, 30 Avril 1915).

Quartermann. — Evolution vicieuse de la dent de sagesse. (*Journal dent. belge*, Mars 1911).

Réal. — Stomatologie du Médecin praticien. (Paris, 1919).

Reclus. — Accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse. (*Gaz. Hebd. Méd.*, Paris, 1881).

— Evolution vicieuse de la dent de sagesse. (*Odont.*, 30 Juillet 1898, p. 64).

— Cliniques chirurgicales. (Paris, 1884, p. 367-378).

— Pathogénie des accidents de dent de sagesse. (Académie de Médecine, 10 Mai 1898).

— Accidents de dent de sagesse. (*Gaz. Hôpitaux*, 12 Avril 1906 ; *Gaz. Hôpitaux*, Paris 1905).

Redier. — *Précis de Stomatologie.* (Paris, 1909).

Robin. — Rôle de la mastication et de la succion dans l'éruption des dents. (*Th. Paris*, 1899).

— A propos de la pathogénie des accidents de dent de sagesse. (*Revue de Stomatologie*, 1910).

— Traitement potentiel des accidents de dent de sagesse au début. (*Rev. de Stom.*, Déc. 1904).

Rodier. — Pseudo-accident par éruption tardive chez un vieillard édenté. (*Rev. Stom.*, Nov. 1901).

Romieux. — Dent de sagesse. — Phlegmon, fistule claviculaire. (*Province Dentaire*, 15 Nov. 1910).

Roy. — Accidents de dent de sagesse.

— Influence de l'extraction de la première grosse molaire sur l'évolution de la dent de sagesse. (*Th. Paris*, 1903).

— Dent de sagesse. (*Rev. Méd.*, 1903, n° 12 ; *Odont.*, 15 Mars 1906).

Sauvez. — Les accidents muqueux. (*La Clinique*, 15 Mars 1907).

Siffre. — Dent de six ans et dent de sagesse.

Salter. — Trismus chronique résultant de l'inclusion de la dent de sagesse. (*Guy's Hospital Reports*, T. XII, 3e série, 1867).

Tramuset. — Accidents de la dent de sagesse et abcès périamygdalien.

Tourtelot. — Accidents de dent de sagesse. (*Rev. Stom.*, 1900).

Truffert. — Diagnostic et traitement des phlegmons péri-mandibulaires d'origine dentaire. (*Th. Paris*, 1919).

Vincent. — Sur un signe précoce de l'ostéite du maxillaire inférieur.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 1

Exposé clinique des accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure d'après les auteurs classiques..... 4

Critique de la doctrine classique. Etiologie des accidents... 10

Aperçu anatomique..... 14

Pathogénie des accidents..... 23

Traitement..... 32

Observations 34

Conclusions 61

Bibliographie..... 63